東海慢性期医療協会 《排尿自立指導料該当研修》

平成 29 年度排尿機能回復のための治療とケア講座　参加申込書

日　　程　：　平成 30 年 3 月 1 日（木）、3 月 2 日（金）
会　　場　：　名古屋国際会議場　会議室(2 号館)224 号室
定　　員　：　医師・看護師　計 120 名（先着順）
参加期間　：　≪医　師≫　3/1(木)　　初日のみ（昼食 1 回含む）
　　≪看護師≫　3/1(木)・3/2(金)　両日　　（昼食 2 回含む）
参 加 費　：　≪医　師≫　会　員 13,000 円　非会員　26,000 円
　　≪看護師≫　会　員 25,000 円　非会員　50,000 円
　　東海慢性期医療協会、日本慢性期医療協会に所属する施設は、会員価格となります。会員区分に✓を記入してください。

申込期日：平成 30 年 2 月 1 日(木)

貴施設名			
連絡担当者氏名		部署・役職	
住　所	〒		
TEL		FAX	
E-mail			
会員区分	該当する□に✓を記入してください □ 東海慢性期医療協会　□ 日本慢性期医療協会　□ 非会員		

※連絡担当者様宛に参加案内・参加費請求書などをお送りいたします。

No.	(フ リ ガ ナ) 受講者氏名	職種	役職	性別
1	(　　)	□ 医師 □ 看護師		男 ・ 女
2	(　　)	□ 医師 □ 看護師		男 ・ 女
3	(　　)	□ 医師 □ 看護師		男 ・ 女
4	(　　)	□ 医師 □ 看護師		男 ・ 女
5	(　　)	□ 医師 □ 看護師		男 ・ 女

＊1枚で記入できない場合は、コピーしてご利用ください。

送信先：東海慢性期医療協会　事務局　担当：磯貝・竹田　＜TEL　0566-41-3001＞
FAX：　0566-48-5157　または　E-mail：hainyou@aiseikan.or.jp