

第1回地域包括ケア病棟研究大会

参加申込用紙

必要事項をご記入の上、下記FAX番号よりお申込みください。

FAX : 03-3355-3122

地域包括ケア病棟協会事務局

申込締切：平成27年10月15日（木）

（地域包括ケア病棟協会）

貴施設名 _____ どちらかに○⇒ 会員 ・ 非会員

住所 _____ (〒 _____)

TEL _____ FAX _____

ふりがな _____
連絡担当者 _____ 役職 _____

参加者氏名

No.	ふりがな 参加者氏名	職種	役職
1			
2			
3			
4			
5			
6			

- * 11月上旬に、連絡担当者様宛に当日のご案内および参加費の請求書をお送り致します。
- * 定員250名に達し参加受付を終了した場合は、お申込み後、3営業日以内にご連絡致します。
- * 交通・宿泊などについては、各自で手配をお願い致します。