

開催概要	
定員	120名(先着順)
対象	看護職員(看護職以外の方もご参加いただけます)
参加費	会員 8,000円(地域包括ケア病棟協会会員病院にお勤めの方) 非会員 18,000円 *どちらも昼食代含む
申込締切	平成29年4月25日(火) *混雑が予想されますのでお早めにお申込ください。定員に達し次第受付を締切ります。
申込方法	参加申込書に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。
主催	地域包括ケア病棟協会 東京都新宿区富久町 11-5 シャトレ市ヶ谷 2 階 TEL: 03-3355-3120 FAX: 03-3355-3122 E-mail: info@chiiki-hp.jp ホームページ: http://chiiki-hp.jp

貴院名 _____ (地域包括ケア病棟協会)
 どちらかに○ ⇒ 会員・会員以外

住所 _____ (〒 -)

TEL _____ FAX _____

連絡担当者氏名 _____ 部署 _____ 役職 _____

ケア病棟入院料1・2 ケア病棟管理料1・2
 総病床数 _____ 床 (算定の場合はいずれかに○) 算定病床数 _____ 床

ケア病棟転換前の病床種別

(例: 一般7対1、回りハ病棟1、療養病棟20対1等)

第3回看護実践講座 参加申込書

本紙に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。

申込先FAX: 03-3355-3122
 地域包括ケア病棟協会 事務局

申込締切: 平成29年4月25日(火) 参加定員: 120名(先着順)

※参加案内と参加費請求書を連絡担当者様宛にお送りいたします。

定員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。

No.	(ふりがな) 受講者氏名	職種	役職
1			
2			
3			
4			

お申込みありがとうございます。なお、1施設からのご参加は、原則4名までとさせていただきます。5名以上お申込の場合は、申込締切後の空席状況により調整させていただきます。