

病床機能報告制度講習会

～地域医療構想の中で慢性期医療が目指すべきもの～

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

日本慢性期医療協会・地域包括ケア病棟協会事務局

〔申込締切〕平成26年10月3日(金)

〔参加定員〕160名(先着順)

*10月上旬に、連絡担当者様あてに参加費請求書及び受講票をお送りさせていただきます。

*満席の場合は、お申し込み後3日以内にご連絡いたします。

*宿泊・交通の手配等につきましては、各自でお願いいたします。

貴施設名 _____ どちらかに○ ⇒ 会員 ・ 非会員

住所 _____ (〒 -)

TEL. _____ FAX. _____

連絡担当者氏名 _____ 部署 _____

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

共 催

日本慢性期医療協会

E-mail: info@jamcf.jp

ホームページ: http://jamcf.jp

日慢協ブログ: http://manseiki.net/

地域包括ケア病棟協会

E-mail: info@chiiki-hp.jp

ホームページ http://chiiki-hp.jp

事務局 〒162-0067 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