

《地域包括ケア病棟協会》
データ提出加算取得のための講習会
参加申込書

(本紙に必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。)

〔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26年9月24日(水)

〔参加定員〕 先着 250名

*10月上旬頃、連絡担当者様宛てに受講票と参加費請求書をお送りいたします。

*混雑が予想されますので、お早めにお申し込みください。

(地域包括ケア病棟協会)

貴院名 _____ どちらかに○ ⇒ 会員・非会員

住所 _____ (〒 -)

TEL. _____ FAX. _____

連絡担当者氏名 _____ 部署 _____ 役職 _____

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