

【別紙】

令和5年度 難病医療従事者研修会 参加申込書

申込 〆 切

10/20(金)

受付 FAX 番号 0836-85-3238

受講を希望される方は、必要事項を記入の上、FAX 又は郵送でお申し込みください。

※定員 100 名 参加の際はマスクの着用をお願い致します。

※キャンセルされる場合は、人数の都合上、必ずご連絡ください。

ご所属	
区分	該当区分に○をしてください 1.病院 2.訪問看護 3.居宅 4.行政 5.包括 6.その他()
TEL	
FAX	
所属先 住所	〒

参加登録者情報

ふりがな 氏 名	職種(該当するものに○をしてください)
	1.医師 2.看護師 3.保健師 4.PT・OT・ST 5.MSW 6.介護支援専門員 7.その他()
	1.医師 2.看護師 3.保健師 4.PT・OT・ST 5.MSW 6.介護支援専門員 7.その他()
	1.医師 2.看護師 3.保健師 4.PT・OT・ST 5.MSW 6.介護支援専門員 7.その他()
	1.医師 2.看護師 3.保健師 4.PT・OT・ST 5.MSW 6.介護支援専門員 7.その他()

◇通信欄 (講師の先生へのご質問がありましたらご記入ください)

--