「排尿自立支援加算・外来排尿自立指導料」該当研修

排尿機能回復のための治療とケア講座　参加申込書

申込期限　令和 **7** 年 **7**月 **18**日**（金）**（定員に達し次第締め切りとさせていただきます）

申込先 **FAX：092-725-3219 　福岡県慢性期医療協会　事務局**

**所在地：〒810-0004 福岡市中央区渡辺通4丁目9-18 福酒ビル5階 株式会社サードエイジ内**

 TEL 092-725-3215

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 貴施設名 |  | 福岡県慢協 or 日慢協( 会員・非会員 ) |
| 住所 |  | (〒　　　-　　　　 ) |
| TEL |  | FAX |  |
| E-mail | （ブロック体でお願いいたします） |
| 連絡担当者氏名 |  | 部署 |  |

* 連絡担当者様宛に参加案内・参加費請求書などをお送りいたします。
* 交通・宿泊につきましては、各自で手配をお願いいたします。

＜ 下記に参加者をご記入ください ＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. |  | 性別 | 職 種 | （医師の場合）専門分野（看護師の場合）役職 | 医師・看護師経験年数 |
| １ |  | 男女 | 医師・看護師 |  | 　年 |
| ２ |  | 男女 | 医師・看護師 |  | 　年 |
| ３ |  | 男女 | 医師・看護師 |  | 　年 |
| ４ |  | 男女 | 医師・看護師 |  | 　年 |