

「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 8 年 5 月 29 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

TEL 092-725-3215 FAX 092-725-3219

貴施設名	福岡県慢性期医療協会 福岡県泌尿器科医会 NPO法人福岡排泄改善委員会 日本慢性期医療協会 (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.	ふりがな 氏 名	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