

申込先：福島寿光会病院 地域連携室内
東北地方医療慢性期医療協会事務局 宛

FAX: 024-521-1368

平成31年度 東北地方慢性期医療協会研修会
慢性期医療における誤嚥対策と気道管理の基礎
参加申込書

申込期日 平成 31 年 5 月 末 日
(定員に達し次第締め切りとさせていただきます)

貴施設名			
	日本慢性期医療協会(会員 ・ 非会員) 東北地方慢性期医療協会(会員 ・ 非会員)		
郵便番号	〒 -		
住所			
TEL	() -		
FAX	() -		
E-Mail	@		
連絡担当者氏名 <small>ふりがな</small>			
部署			

※連絡担当者様宛に参加費請求書・受講票などをお送りいたします。

<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 (コメディカルの場合)業種	経験年数
1		男 女	医師 ・ コメディカル		年
2		男 女	医師 ・ コメディカル		年
3		男 女	医師 ・ コメディカル		年
4		男 女	医師 ・ コメディカル		年
5		男 女	医師 ・ コメディカル		年
6		男 女	医師 ・ コメディカル		年