

回復期リハ病棟入院料1「体制強化加算」該当研修

第7回 医師のための総合リハビリテーション講座 参加申込書

申込期日 2019年5月31日(金)

申込先 FAX. 03-3355-3122 日本慢性期医療協会事務局

貴施設名 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致します)

連絡担当者氏名 部署

<下記に参加者をお書き下さい>

\*満席の場合のみ当会から3営業日以内にご連絡致します。

No.	ふりがな 氏名	ご専門分野	医師経験年数
1			年
2			年
3			年

日本慢性期医療協会

〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階  
TEL. 03-3355-3120 FAX. 03-3355-3122 Email info@jamcf.jp  
ホームページ <http://jamcf.jp>  
日慢協ブログ <http://manseiki.net>  
慢性期.コム <https://manseiki.com>