

医師事務作業補助体制加算「基礎知識研修」該当

第2回 医師事務作業補助者研修 参加申込書

申込期日 2020年11月10日（火）※定員に達し次第、受付を締切ります。

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。
- \*連絡担当者様宛に「受講票」、「参加費請求書」を11月下旬頃にお送りいたします。
- \*オンライン受講の場合は、受講のための必要事項等をメールにてご案内申し上げます。

No.	ふりがな 氏名	職 種	備 考
1			
2			
3			

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>