

看護師のための認知症ケア講座 参加申込書

平成 29 年 6 月 24 日・25 日開催

貴施設名 _____

日本リハビリテーション病院・施設協会

会員施設・非会員施設（どちらかに〇をお願いします）

↳ 会員番号 A _____

住所 _____

TEL () _____ Fax () _____

連絡担当者氏名 _____ 部署・役職 _____

ふりがな 参加者氏名	役職	看護師 経験年数	性別
			男・女
			男・女
			男・女
			男・女
			男・女

返信先 FAX : 095-811-2078

締め切り：定員に達し次第締め切りとさせていただきます
(ホームページにてご案内いたします)

一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会

TEL 095-811-2077 info@rehakyoh.jp

※ 連絡担当者様宛に参加費入金案内などをお送りいたします。