

F A X 専用 参加申込用紙

2019年11月23日(土) 13時~16時45分

場所：国立病院機構 熊本医療センター
地域医療研修センター 研修ホール(2階)

参加申込期限：2019年11月13日(水)

施設名		
ご住所	〒	
電話番号	※当日、連絡が取れる番号をご記入ください	
参加者名 代表者に ○を付け て下さい	お名前	職種
		医師・薬剤師・看護師(病院勤務・在宅)・栄養士・ 理学療法士・作業療法士・介護支援専門員 介護職・その他()

【ご注意ください】

- ※参加者が多い場合は、この用紙をコピーしてお使いいただきますようお願いいたします。
- ※参加受付期間中でも定員になり次第、締め切りとなりますので予めご了承ください。
- ※申込書に記載の情報は、本セミナーの受付管理の目的のみに使用致します。
- ※FAXの到着をもって受付完了となります。参加確認の有無は致しませんので、当日会場までお越しください。
(定員を超えた際は、人員調整のためご連絡させていただきます。早めにお申し込みください。)

お申込み FAX 番号：092-441-5669