

日本褥瘡学会関東甲信越地方会千葉県支部

第9回褥瘡セミナー 申し込み用紙

- ◆必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。
- ◆FAXで送信後、申込完了となります。定員に達した場合、参加をお断りする方のみ連絡させていただきます。ご連絡先のFAX番号は必ずご記入ください。
- ◆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いたします。

お申し込みFAX番号： 047-325-4456

東京歯科大学市川総合病院 皮膚科 高橋 慎一 宛

勤務先			
ご施設名：			
ご住所：〒			
ご連絡先【*ご勤務先】			
■電話番号 ()		■FAX番号 ()	
参加者			
	ふりがな お名前	部署/役職	ご職業
1			医師・看護師・理学療法士・栄養士・薬剤師 ケアマネージャー・その他()
2			医師・看護師・理学療法士・栄養士・薬剤師 ケアマネージャー・その他()
3			医師・看護師・理学療法士・栄養士・薬剤師 ケアマネージャー・その他()
4			医師・看護師・理学療法士・栄養士・薬剤師 ケアマネージャー・その他()
5			医師・看護師・理学療法士・栄養士・薬剤師 ケアマネージャー・その他()

<お問い合わせ>
日本褥瘡学会関東甲信越地方会千葉県支部 第9回褥瘡セミナー当番世話人
〒296-8602 千葉県鴨川市東町929番地
医療法人鉄蕉会亀田総合病院 小倉 美輪
FAX: 04-7099-2330