

日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会
2019 年度 東北地区床ずれセミナー申込書

申込先 FAX: 03-5291-2176 申込締切日: 9 月 24 日(月)

インターネットからの申込みは <https://pro.form-mailer.jp/fms/8d73820c175415>

		東北地区 10 月 6 日(日)		整理番号 * 事務局記入欄		
参加費		会 員 1,000 円 / 非 会 員 3,000 円 / 学 生 1,000 円 * 当日、受付にてお支払いください				
会 員 非 会 員		☐ 会 員 ※(会員番号: HC) ☐ 非 会 員 ☐ 当日に会員になる (いずれかをチェックして下さい)				
コアスタッフ		☐ 登録している ☐ 登録していない (いずれかをチェックして下さい)				
氏 名		しめい ふりがな				
勤務先名					勤務先部署名	
勤務先住所		〒				
勤務先 TEL				勤務先 FAX		
自宅住所		〒				
自宅 TEL				自宅 FAX		
E-mail		(登録後に受取れるアドレスを記入して下さい)				
連 絡 先		☐ 勤務先 ☐ 自 宅 (いずれかをチェックして下さい)				
職種分類 (いずれかを チェックして 下さい)		☐ 医 師 ☐ 歯科医師 ☐ 看護師 ☐ WOC ☐ ケアマネジャー ☐ 薬剤師 ☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐ 栄養士 ☐ 管理栄養士 ☐ 介護福祉士 ☐ 訪問介護士(ヘルパー) ☐ 福祉用具相談員 ☐ その他(具体的に)				

※今回提供頂きますデータは個人情報でございます。日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会の活動及び役員会が必要と認めた事業以外に使用いたしません。