吉備高原医療リハビリテーションセンター

看護部　研修担当（原之園）宛

**第20回リハビリテーション看護研修会参加申込書**

＊下記事項をご記入の上、ＦＡＸにてお申し込み下さい。

本紙は受付受信後、ＦＡＸで受理の返信をいたします。ＦＡＸでの返信を受理書と

させていただきます。

**ＦＡＸ番号：０８６６－５６－７７７２**

申込締切：平成29年9月19日（火）

|  |  |
| --- | --- |
| 病院・施設名 |  |
| 所在地 | 〒　　　－　 |
| ＴＥＬ／ＦＡＸ | ＴＥＬ（　　　　－　　　－　　　　）ＦＡＸ（　　　　－　　　－　　　　） |
| 参加者 | お名前 |
| お名前 |
| 院内見学の希望（○をしてください）　　　する　　　　　しない |
| 質問事項 |

* 脊髄損傷患者の排泄について、質問事項・気づいたこと等ございましたら

上の質問欄にお気軽にご記入ください。

* ご記入いただきました個人情報は、本研修会申込受付としてのみ使用いた

します。

|  |
| --- |
| 研修担当者記入（申込の方は記入不要です）□**研修を受理いたしました。**（受理日：平成　　年　　月　　日）　　　　　　　　　　（担　当：　　　　　　　　　　　　　　） |

【お問い合わせ先】

労働者健康安全機構　吉備高原医療リハビリテーションセンター

　岡山県加賀郡吉備中央町吉川７５１１　　TEL：0866-56-7141(代)

　　　　　　　　　　　　　　　　看護部　研修担当（原之園）