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（石原　明美）宛

**令和元年10月17日開催　第22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。（必須4項目を必ずご記入ください）

参加の可否は、申し込み締切日の9月2日以降に、連絡させて頂きます。

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**

申し込み締切：令和元年9月2日（月）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名  (必須①) |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| ＴＥＬ／ＦＡＸ  (必須②) | ＴＥＬ（　　　　－　　　－　　　　）  ＦＡＸ（　　　　－　　　－　　　　） |
| 参加者  (必須③) | ふりがな  お名前 |
| ふりがな  お名前 |
| 院内見学の希望（○をご記入ください）  (必須④)　　　　　　　　　　　　　　　　　する　　　　　しない | |
| 質問事項 | |

* 脊髄損傷者の排泄について、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。可能な範囲で研修中に回答させて頂きます。

＊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：令和元年　月　　日）  　　　　　　　　　　　　（担　当：　　　　　　　　　　） |

【お問い合わせ先】

独立行政法人　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（石原　明美）