

日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会  
2011 年度北海道地区床ずれセミナー  
参加申込書

平成 年 月 日

お名前：.....

所属施設（病院名）：.....

所属部署：.....

職種・役職：.....

勤務先住所：〒（ — ）.....

勤務先 TEL：..... 勤務先 FAX：.....

自宅住所：〒（ — ）.....

自宅 TEL：.....

参加費：会員 1,000 円、非会員 3,000 円、学生 1,000 円（昼食含む）  
（いずれか○印）

締め切り：2011 年 7 月 1 日（金）

\* 定員になり次第締め切らせていただきます。予めご了承下さい。

送金先：郵便振替 口座番号：00120-7-391205

口座名義：日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会

申込先：FAX 0154-24-8080（ワタキューフジタ薬局）

問合せ先：TEL 0154-24-3317

\* 今回提供頂きますデータは個人情報でございます。日本在宅褥瘡創傷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。上記内容に同意して記載願います。