

日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会
2011年度 九州地区床ずれセミナー申込書

申込先 FAX:03-5648-6640 申込締切日:10月31日(月)

* FAX 番号を必ずご記入ください。申し込み受付後、整理番号を FAX にて返信します。

九州地区 開催日 11月13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 *当日、受付にてお支払いください		
会 員 非 会 員	<input type="checkbox"/> 会 員 ※ (会員番号:HC)・ <input type="checkbox"/> 非 会 員 <input type="checkbox"/> 今回入会希望 (当日、お申し込みください) (いずれかをレチェックして下さい)		
コアスタッフ	<input type="checkbox"/> 登録している <input type="checkbox"/> 登録していない (いずれかをレチェックして下さい)		
氏 名	しめい ふりがな:		生年 月 日 (西暦)
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	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自 宅 (いずれかをレチェックして下記に記載して下さい)		
発 送 先	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自 宅 (いずれかをレチェックして下さい)		
職種分類 (いずれかを レチェックして 下さい)	<input type="checkbox"/> 医 師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> WOC <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 (ヘルパー) <input type="checkbox"/> 福祉用具相談員 <input type="checkbox"/> 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。日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会の活動及び役員会が
必用と認めた事業以外に使用致しません。