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11月21日　脊髄損傷者の看護・介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項目は必ずご記入下さい）参加の可否は、申込み締切日の9月30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**

申込み締切：令和元年９月３０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 |

* 脊髄損傷者のケアについて、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）