

「第2回茨城県がんのリハビリテーション研修会」 参加申込書

日時：平成26年11月1日(土)・2日(日) 会場：筑波大学筑波キャンパス春日エリア 春日講堂 外

医療機関名					※同一施設申込ありの場合 優先順位： 番目	
医療機関住所 及び電話番号	( 〒 - )					
	TEL：( - - ) FAX：( - - )					
チーム責任者	氏名					
	TEL	( - - ) (内線： )				
	E-mail	@				
申込者① (医師)	フリガナ					
	氏名					
	職種	医師	専門・認定			
	所属部署			経験年数	年	
申込者② (看護師)	フリガナ					
	氏名					
	職種	看護師	専門・認定			
	所属部署			経験年数	年	
申込者③ (メディカル スタッフ)	フリガナ					
	氏名					
	職種	医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士				
	専門・認定					
	所属部署			経験年数	年	
申込者④ (メディカル スタッフ)	フリガナ					
	氏名					
	職種	医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士				
	専門・認定					
	所属部署			経験年数	年	
申込者⑤ (メディカル スタッフ)	フリガナ					
	氏名					
	職種	医師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士				
	専門・認定					
	所属部署			経験年数	年	

医療機関名	
-------	--

申込者⑥ (メディカル スタッフ)	フリカ`ナ			
	氏 名			
	職 種	医 師 ・ 看 護 師 ・ 理 学 療 法 士 ・ 作 業 療 法 士 ・ 言 語 聴 覚 士		
	専門・認定			
	所属部署		経験年数	年
申込者⑦ (メディカル スタッフ)	フリカ`ナ			
	氏 名			
	職 種	医 師 ・ 看 護 師 ・ 理 学 療 法 士 ・ 作 業 療 法 士 ・ 言 語 聴 覚 士		
	専門・認定			
	所属部署		経験年数	年

※（専門・認定の欄にお持ちの専門医、認定医、認定看護師、認定療法士などをご記入ください。）

**F A X : 029-853-3404** 申込〆切 平成 26 年 9 月 22 日 (月) 12 : 00