第7回　日本褥瘡学会・在宅ケア推進協会

総会・学術集会　参加申込書

申込先FAX：03-5291-2176　申込締切日：6月4日（金）

※メールアドレスを必ずご記入ください。事務局にて代理登録後、各種案内をお知らせします。

※メールアドレスの記載がない場合、代理登録を行えませんので、ご了承ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **第7回 総会・学術集会**  **7月10日 (土)・11日（日）** | | 整理番号  ＊事務局記入欄 | | |  |
| 参加費 | 会 員 2,０００円 **/** 非 会 員 4,０００円  ＊事務局にて代理登録完了後にお支払い方法をご連絡いたします。 | | | | |
| 会　　員  非 会 員 | **□**　会　　員　※（会員番号：HC　　　　　　　）　　　　**□**　　非 会 員  （いずれかをレチェックして下さい） | | | | |
| コアスタッフ | **□**　登録している 　 　　**□**　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 | | | |
| 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  ＊必須 | **□**　勤務先　　　　　**□**　自　宅  （いずれかをレチェックして下記に必ず連絡がつくPC用アドレスを記載して下さい） | | | | |
| 連 絡 先 | **□**　勤務先　　　　　**□**　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） | **□** 医　師　　**□** 歯科医師　　**□** 看護師　 **□** WOC　 **□** ケアマネジャー  **□** 薬剤師　 **□** ＰＴ　 **□** ＯＴ　　**□** ＳＴ　　**□** 栄養士　　**□** 管理栄養士  **□** 介護福祉士　**□** 訪問介護員（ヘルパー） **□** 福祉用具相談員  **□** 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。

日本褥瘡学会・在宅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。