日本在宅褥瘡創傷ケア推進協会
2011 年度 近畿地区床ずれセミナー申込書

申込先 FAX：06-4861-7091　申込締切日：7 月 20 日（水）

＊ 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。

＊「ぶっつけ本番　在宅症例検討会」の症例を募集しています。
当日、受付に USB データなどでご提出ください。（先着 5 名様まで）

近畿地区 7 月 30 日（土）		整理番号 ＊事務局記入欄	
参加費	会 員 1,０００円 / 非 会 員 3,０００円 / 学 生 1,０００円 ＊当日、受付にてお支払いください		
会　員 非 会 員	□ 会　員 ※（会員番号：HC　　）・ □ 非 会 員 □ 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	□ 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：	生年月日　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	□ 勤務先　□ 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	□ 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。