

F A X ： 0 1 1－5 9 8－2 0 7 9

「第 23 回 北海道抑制廃止研究会」

参加申込書

1．施設名 ＊正式名称でお願いいたします。

2．住所 （ 〒 — ） ＊郵便番号もご記入ください。

3．電話 — — F A X — —

4．院長・施設長名

5．看護・介護代表者名

（職 種 ： ）

6．参加者名 ＊氏名ははっきりとご記入願います。

看護職の方は、看護師・准看護師を明記してください。

氏 名	職 種	氏 名	職 種

＊ 申し込み後の参加者の変更および欠席は、早めにご連絡願います。氏名欄が不足の場合はコピーをしてご使用ください。 定員満了等でお断りする場合のみご連絡いたします。

締 切 ： 2019 年 5 月 20 日（月）