

平成30年度診療報酬・介護報酬改定説明会専用申込書

※お申し込みと同時に、受講決定となります。

送付先

秋田県看護協会 事業部事業係 〒010-0874 秋田市千秋久保田町6-6
FAX:018-831-8023(事業部直通)

※申し込みは太枠内に記入漏れがないように記載し、該当するところに☑して下さい。

記入日：平成 年 月 日

開 催 日：平成30年3月28日(水)・3月29日 (木)		協会使用欄 申込受付日：	
事 業 テ ー マ：平成30年度診療報酬・介護報酬改定説明会			
研 修 会 場：秋田拠点センターアルヴェ2階 多目的ホール			
施設No.:		施設名:	
<input type="checkbox"/> 施設住所 <input type="checkbox"/> 自宅住所	住 所	:Ⓣ	
申込代表者	連絡部署 氏 名	TEL:	FAX:
申込代表者 職 位	<input type="checkbox"/> 看護部長 <input type="checkbox"/> 副看護部長 <input type="checkbox"/> 看護師長 <input type="checkbox"/> 係長・主任 <input type="checkbox"/> スタッフ <input type="checkbox"/> その他()		
No.	(フリガナ) 氏 名	会員番号	会員・非会員別
1			<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会員
2			<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会員
3			<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会員
4			<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会員
5			<input type="checkbox"/> 会 員 <input type="checkbox"/> 非会員

※研修応援ポイントカードの取り扱い…本説明会はポイントの対象とはなりません。

※個人情報の取り扱い…本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。