

平成30年度 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師教育課程
フォローアップ研修会参加申込書

●必要事項を記載の上、下記まで e-mail または fax にてご連絡ください。

e-mail : horioka-miyuki.00h@mhlw.go.jp

fax 番号:04-2996-0966

ご氏名	
ご所属 (病院名)	
ご連絡先 (TEL・e-mail)	TEL: e-mail

●研修会の参加について、○を記入してください。

(希望するコースを○で囲んでください。)

<input type="checkbox"/>	Aコース(片麻痺をイメージした調理)
<input type="checkbox"/>	Bコース(片麻痺をイメージした在宅での日常生活動作)

申込締切 平成31年3月8日(金) ただし定員になり次第締め切らせていただきます

—お問い合わせ先—

国立障害者リハビリテーションセンター学院
脳卒中リハビリテーション看護認定看護師教育課程
TEL : 04-2995-3100 (内線2618・2648)
FAX : 04-2996-0966
E-mail : horioka-miyuki.00h@mhlw.go.jp