

平成 28 年度 診療報酬改定説明会（四国会場）参加申込書
＜愛媛県医療ソーシャルワーカー協会会員用＞

FAX 送信先：089-983-3314

伊予病院医療福祉支援センター 三好 行き

※そのまま送信して下さい

申込者氏名：ふりがな

年齢： 歳

所属機関：

所属部署：

所属機関種別：特定機能病院 ・ 地域医療支援病院 ・ 一般病院 ・ 回復期リハ病院 ・ 療養型病院 ・ その他

連絡先住所：

TEL：

e-mail：

医療 SW 経験年数 年 ヶ月

所属機関の SW の人数 名

参加動機：

日本医療社会福祉協会 ☐ 会員 ☐ 非会員 ※確認のため必ずチェックをお願いします

※参加費は 2,000 円となります。（日本協会会員、非会員とも事前振込となります。）

申込締め切り：平成 28 年 5 月 13 日（金）

※定員になり次第締め切りとなります