

平成 30 年度京都府糖尿病重症化予防対策ステップアップ研修会

『～糖尿病による透析をひとりでも減らすために～』

問合せ 京都府医師会 地域医療 3 課 (TEL : 075-354-6134 / FAX : 075-354-6097)

受 講 申 込 書

会 場	□A日程(受付終了) 11月14日 □B日程 (12月2日)
職 種	<input type="checkbox"/> 医師、 <input type="checkbox"/> 歯科医師、 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士、 <input type="checkbox"/> 看護師、 <input type="checkbox"/> 薬剤師、 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員、 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師、 <input type="checkbox"/> 理学療法士、 <input type="checkbox"/> 作業療法士、 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 臨床工学技士、 <input type="checkbox"/> 臨床検査技師、 <input type="checkbox"/> 介護福祉士、 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 その他 () ※職種のチェックは1つでお願いします。 当日は、お申し込み時の職種で受け付けをしていただきます。
ふりがな	
氏 名	
勤務先	
受講票 送付先	〒 _____
電話番号	
F A X 番号(*)	

* F A X 番号は必ず記入してください。受講いただけない場合は F A X にて連絡を入れます。

* 1 枚につき 1 名でお申し込み下さい。

* 多数の参加を見込んでおり会場内は大変狭くなることが想定されます。予めご了承下さい。



F A X : 0 7 5 - 3 5 4 - 6 0 9 7

* F A X 以外での申込は受付けておりません *