第5回 県中・県南地区糖尿病療養指導看護を考える会
参加申込書

下記フォーマットに必要事項をご記入いただき、事務局宛てにFAXにてお申し込みください。
【申込期限：平成24年6月28日（木）】
支部事務局（太田西ノ内病院 栄養部内 担当：黒澤）宛て
【FAX：024－935－8823　TEL：024－925－1188（代表）】

＊申し込みは先着順となりますので、参加予定の方は必ずお申し込みください。予定人数を超えて受講できない場合のみ、事務局よりご連絡させていただきます。

＊当日の注意点
① 受付は14時からです。
②会場は、白河厚生総合病院 2F 会議室でございます。
③今回は食事のご用意はありません。お茶のみご用意いたします。
④当日はタオル1枚と輪ゴムをご持参ください。グループワークの際に使用いたします。

フリガナ		フリガナ	
ご施設名		所属部署	
ご連絡先（TEL）		ご連絡先（FAX）	

フリガナ		職 種	日本糖尿病療養指導士	有 ・ 無
出席者ご氏名（代表者）			福島県糖尿病療養指導士	有 ・ 無
フリガナ		職 種	日本糖尿病療養指導士	有 ・ 無
出席者ご氏名			福島県糖尿病療養指導士	有 ・ 無
フリガナ		職 種	日本糖尿病療養指導士	有 ・ 無
出席者ご氏名			福島県糖尿病療養指導士	有 ・ 無
フリガナ		職 種	日本糖尿病療養指導士	有 ・ 無
出席者ご氏名			福島県糖尿病療養指導士	有 ・ 無
フリガナ		職 種	日本糖尿病療養指導士	有 ・ 無
出席者ご氏名			福島県糖尿病療養指導士	有 ・ 無