ＦＡＸ番号：0853-30-6468（実行委員会事務局　井上　宛て）

第2回 島根がんのリハビリテーション研修会申込用紙

（先着順で受け付け、定員に達し次第募集を締め切ります。）

医療機関名	
住所	
電話番号	
FAX番号	
E-mail（必須）	

代表者	氏名（ふりがな）	職種（医師は診療科まで）	経験年数（年）	年齢（歳）	メールアドレス
	（　　）	医師（　　）			
	（　　）	看護師			
	（　　）				
	（　　）				
	（　　）				

※代表者に〇を付け、連絡先のメールアドレスを記載ください。

※ふりがなも忘れずに記載ください。

※入力いただきました医療機関名、住所、氏名、ふりがな等は参加証、修了証書等のすべての書類に反映されますので、医療機関名は正式名称で記載ください。

以下の質問にお答えください

１．貴施設は、がんリハ施設基準を取得していますか？

①　はい　　②　いいえ

２．貴施設のがんリハ研修会の職種別修了者数を教えてください。

医師	名
看護師	名
理学療法士	名
作業療法士	名
言語聴覚士	名

申込み先
〒693-8555
島根県出雲市姫原町四丁目１番地１
島根県立中央病院内『島根がんのリハビリテーション研修会』実行委員会事務局
E-mail：gan.reha@spch.izumo.shimane.jp
担当：井上