

第3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 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？

はい 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、嘉本