**平成30年度　　診療報酬・介護報酬改定説明会　申込用紙**

（希望回に○を　）**（FAX）： 0263‐34‐0311**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1回目 | **3月29日（木）**　**診療報酬・介護報酬改定説明会** | | |
| 2回目 | **4月6日（金）**　**診療報酬・介護報酬改定説明会** | | |
| 3回目 | **4月7日（土）**　**介護報酬改定説明会** | | |
| 施設名 | | | 電話 |
| FAX |
| 看護管理者名 | | 研修担当者名・連絡先 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 優先  順位 | 氏　　　　名 | 会員・非会員  いずれかに○ | | 県会員番号  6ケタ | | | | | | 看護職（看･准,保･助）  介護,他職種（記入） |
| 1 |  | 会員 | 非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（看･准、保･助）  介護、その他（　　　　　） |
| 2 |  | 会員 | 非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（看･准、保･助）  介護、その他（　　　　　） |
| 3 |  | 会員 | 非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（看･准、保･助）  介護、その他（　　　　　） |
| 4 |  | 会員 | 非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（看･准、保･助）  介護、その他（　　　　　） |
| 5 |  | 会員 | 非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（看･准、保･助）  介護、その他（　　　　　） |
| 6 |  | 会員 | 非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（看･准、保･助）  介護、その他（　　　　　） |
| 7 |  | 会員 | 非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（看･准、保･助）  介護、その他（　　　　　） |
| 8 |  | 会員 | 非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（看･准、保･助）  介護、その他（　　　　　） |
| 9 |  | 会員 | 非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（看･准、保･助）  介護、その他（　　　　　） |
| 10 |  | 会員 | 非会員 |  |  |  |  |  |  | 看護職（看･准、保･助）  介護、その他（　　　　　） |

＊1回目の3月29日が定員超過した場合は、2回目の4月6日に日程変更お願いの連絡をします。

申込期間：2018年1月4日～1月31日