平成２７年度　第２回脳卒中リハビリテーション看護認定看護師教育課程　研修会

参加申込書

●必要事項を記載の上、下記までe-mailまたはfaxにてご連絡ください。

**e-mail：**[**ml-gakuin-nousocchu@rehab.go.jp**](mailto:ml-gakuin-nousocchu@rehab.go.jp)

**fax番号：０４－２９９６－０９６６**

|  |  |
| --- | --- |
| ご氏名 |  |
| ご所属  （病院名） |  |
| ご連絡先  （TEL・e-mail） | TEL：  e-ｍａｉｌ |

●研修会の参加について, ○をご記入下さい。

全て参加　　（　第Ⅰ部　　　第Ⅱ部　　第Ⅲ部　）

＊第Ⅲ部では、急性期と回復期に分かれてグループワークを行います。希望するグループに

○　をご記入ください。（参加人数によりご希望に添えない場合もあります）

急性期　　・　　回復期

※**平成２８年２月１２日（金）までにお申し込みください。**

―お問い合わせ先―

国立障害者リハビリテーションセンター学院

脳卒中リハビリテーション看護認定看護師教育課程

TEL：04-2995-3100（内線2618・2648）

FAX：04-2996-0966

E-mail：[ml-gakuin-nousocchu@rehab.go.jp](mailto:ml-gakuin-nousocchu@rehab.go.jp)