**2019年度　第1回地区別勉強会**

以下の参加申込書に必要事項ご記入の上、FAXまたはE-mailでお申し込みください。

なお、参加申し込みは**開催日前の金曜日12時まで**とさせていただきます。

皆様お誘い合わせのうえご参加ください。

**参　加　申　込　書**

お願い！参加地区を〇で囲んでください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 東予 | フリガナ： | 所属機関名： | |
| 中予 | 氏名： | 住所： | |
| 南予 | TEL： | 職種： |
| 東予 | フリガナ： | 所属機関名： | |
| 中予 | 氏名： | 住所： | |
| 南予 | TEL： | 職種： |
| 東予 | フリガナ： | 所属機関名： | |
| 中予 | 氏名： | 住所： | |
| 南予 | TEL： | 職種： |
| 東予 | フリガナ： | 所属機関名： | |
| 中予 | 氏名： | 住所： | |
| 南予 | TEL： | 職種： |
| 東予 | フリガナ： | 所属機関名： | |
| 中予 | 氏名： | 住所： | |
| 南予 | TEL： | 職種： |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **事例相談コーナー**  （いずれかを〇で囲んでください） | **希望します** | **希望しません** | 相談代表者名： |  |
| **困っていること** | ※排泄日誌など資料がございましたら、ご持参ください。 | | | |

**申込先**

愛媛県東温市志津川

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻内

えひめ排泄ケア研究会事務局（担当：小岡）

**ＦＡＸ：089-960-5423**

**e-mail：**[**ehaisetu@m.ehime-u.ac.jp**](mailto:ehaisetu@m.ehime-u.ac.jp)