

FAX 送信先 03-5291-2176

株式会社春恒社 学術企画部内  
下部尿路症状の排尿ケア講習会 運営事務局 宛

第 10 回下部尿路症状の排尿ケア講習会  
演習支援者募集 申込書

年 月 日

1. 氏名：性別	男性 ・ 女性
2. 会員番号	
3. 講習会終了回数	有 ( 回)
4. WOC	有 無
5. 所属施設	
6. 所属住所	〒
7. 所属電話番号 (内線)	
8. 自宅住所	〒
9. E-mail	
10. 前日宿泊 3月1日(金)	有 無 希望の有無に○をつけてください
11. 前日準備 3月1日(金)	可能 不可能 前日14時頃より準備開始。どちらかに○をつけてください
12. 希望演習	①おむつ・尿器 ②自己導尿 ③簡易エコー 希望する演習項目に○をつけてください