**ＮPO法人高松ストーマケア・創傷ケア検討会セミナー参加申込用紙**

**送信先　：できるだけメールでお願いします。**

**・FAX　087-833-2616　　・e-mail:** [**woc.t@t-stoma.com**](mailto:woc.t@t-stoma.com)

**※FAXは個人宅のため、22時以降の送信はご遠慮ください**

**・下記の項目について記載してください**

**＊申し込み締め切り　＜5月2日木曜日＞**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名** |  |
| **氏名(よみがな)** |  |
| **2024年度会員種別** | **会員　　　非会員　　　＊会員希望　あり　　なし** |
| **所属施設名** |  |
| **職種** | **□介護士　□ケアマネジャー　□看護師**  **□その他（　　　　　　）** |
| **連絡先電話番号** | **（　　　　　）　　　　－** |