**ＮPO法人高松ストーマケア・創傷ケア検討会**

**10月12日褥瘡＆おむつセミナー参加申込用紙**

**送信先　：FAX・メールどちらでも申込みできます**

**・FAX　087-833-2616**

**・e-mail:** **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いただきお申し込みください**

**＊申し込み締め切り　＜2025年9月28日（日曜日）＞**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名** | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| **氏名(よみがな)** |  |
| **参加日程** | **＊参加時間について□に☑を入れてください****□１日参加　□午前のみ参加　□午後のみ参加** |
| **2025年度会員種別** | **会員　　　非会員** |
| **所属施設名** |  |
| **所属施設住所** | **〒** |
| **職種** | **□看護師　□介護士　□その他（　　　　　　）** |
| **緊急連絡先電話番号** | **（　　　　　）　　　　－** |
| **連絡先メールアドレス****大文字小文字の区別などわかりやすいように大きく記載ください。** |  |