

**第 35 回神奈川ストーリーマリハビリテーション講習会
お申し込みチェックリスト**

郵送前に以下の項目をご確認いただき、申込書と共にお送りください。

確認項目	ご確認いただき○を記入してください。
1.受講申込書の同封	
2.施設内優先順位の記入	
3.看護部長(病院長)または所属長(医長)のご署名	
4.返信用封筒の同封	
5.返信用封筒の 120 円切手貼付	

記入日： 年 月 日

※お申し込み後、講習会担当者からご施設へお問い合わせさせていただく場合がございますので、連絡先をご記入ください。

《連絡先》

氏名： _____

所属部署： _____

役職： _____

メールまたは電話番号： _____