

**FAX申込み
0164-23-2712**

【平成 29 年 12 月 2 日（土）13：30 開催】

行政・医療機関・施設名	
-------------	--

職 種	氏 名
	(ふりがな)
	(ふりがな)
	(ふりがな)
	(ふりがな)
	(ふりがな)
	(ふりがな)
	(ふりがな)
	(ふりがな)
	(ふりがな)

★★★ 【11月27日(月)までに、FAXなどで報告をお願いします。】 ★★★

FAX番号 0164-23-2712

報告先 北空知地域医療介護連携支援センター（深川市立病院 地域連携室内）

電話 0164-23-2732

※ 申込み者が 10 名を超える場合には、本書をコピーして利用ください。