

**FAX申込み  
0164-22-2689**

**「北空知地域医療介護確保推進のための多職種合同研修会」参加申込書**

【平成 28 年 11 月 18 日（金）18：00 開催】

行政・医療機関・施設名		
職 種	氏 名	交流会参加の有無 ○印を付けてください
	(ふりがな)	有 ・ 無
	(ふりがな)	有 ・ 無
	(ふりがな)	有 ・ 無
	(ふりがな)	有 ・ 無
	(ふりがな)	有 ・ 無
	(ふりがな)	有 ・ 無
	(ふりがな)	有 ・ 無
	(ふりがな)	有 ・ 無
	(ふりがな)	有 ・ 無

**★★★ 【10月31日(月)までに、FAXなどで報告をお願いします。】 ★★★**

**FAX番号 0164-22-2689**

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 0164-38-2200

※ 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。