

FAX申込み
0164-23-2712

10月20日開催の住民フォーラムの申込みと間違わないようお願いします。

「地域包括ケアに携わる多職種合同研修会」参加申込書

【平成30年10月31日（水）18:00開催】

行政・医療機関・施設名	
-------------	--

職 種・職 名	氏 名	交流会参加の有無 ○を付けて下さい
	(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

☆☆☆ 【10月17日(水)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 0164-38-2200

※ 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。