

【送 信 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）

F A X 0 1 6 4 - 2 3 - 2 7 1 2

※申込み期限 令和元年7月8日（月）

[令和元年度 第1回北空知地域入退院支援研修会申込書]

(R1. 7. 22 深川市立病院)

◎記載者 所 属 _____

職・氏名 _____

電 話 _____

	所 属	職 名	(フリガナ) 氏 名	職 種 ○をつけてください
1				看護職・ケアマネ・MSW リハ職・医師・保健師 その他 ()
2				看護職・ケアマネ・MSW リハ職・医師・保健師 その他 ()
3				看護職・ケアマネ・MSW リハ職・医師・保健師 その他 ()
4				看護職・ケアマネ・MSW リハ職・医師・保健師 その他 ()
5				看護職・ケアマネ・MSW リハ職・医師・保健師 その他 ()