平成 30 年度　地域医療介護ゆかりの会　参加申込書

【宛先】　　博愛会病院　入退院支援センター　柳井宛

FAX　　０９２-７４１-２６４１

◆申込期間を確認後、必要事項をご記入の上、上記番号へ FAX 下さい。

参加希望回	第【　　】回		
施設名			
住所			
電話番号			
ＦＡＸ番号			
施設代表者名			
申込者氏名 職種・職種経験	氏名： 職種：	職種経験：	年目
申込者氏名 職種・職種経験	氏名： 職種：	職種経験：	年目
申込者氏名 職種・職種経験	氏名： 職種：	職種経験：	年目
申込者氏名 職種・職種経験	氏名： 職種：	職種経験：	年目
申込者氏名 職種・職種経験	氏名： 職種：	職種経験：	年目

❀内容に関してのご質問や、他、日常の業務や地域連携においてのお困り事や疑問点など何でもご記入ください。