

井原市民病院「まいづる連携」参加申し込み用紙

井原市立井原市民病院 地域医療連携室 宛て

FAX 0866-63-2840

第32回連絡会 平成30年9月10日(月) 18:00~19:00

所属機関名	TEL () - FAX () -
-------	--

同じ事業所(施設)の場合 事業内容を職種欄へ一緒に書いてください。

(たとえば デイサービス→ 介護職員

グループ内で多部門がある場合は、その所属をご記入ください。

参加者氏名	職種	毎回出席は○

申込み〆切は H 30年 9月 7日(金)です。

代表者の方に印をつけてください。

(連絡事項がある場合にご連絡させて頂いてもよい方をお願いします。)

毎回参加を予定して下さる場合は、毎回到○をつけてください。

※毎回登録をされた場合、次回より申し込みは不要です。欠席される場合のみ電話連絡ください。