

第20回在宅医療介護連携推進のための多職種連携研修会 受講申し込み用紙

Fax送信先:0467-82-0501
 茅ヶ崎市保健所地域保健課
 地域保健担当
 在宅ケア相談窓口(広田・松本)

Email送信先:
 hokenjyo_chiikihoken@city.chigasaki.kanagawa.jp

お問い合わせ:0467-38-3319 茅ヶ崎市保健所地域保健課 地域保健担当
 在宅ケア相談窓口(広田・松本)
 返信締め切り:10月15日(火)

事業所名		電話番号	-	-
メール	@	FAX番号	-	-

申込者

1	初めて多職種連携研修会に参加の方は○をつけて下さい。	氏名	職種	所属部会名(該当する部会名に○をつけて下さい)
				訪問部会 通所部会 施設部会 医療部会 地域密着部会 介護支援専門員部会
2				訪問部会 通所部会 施設部会 医療部会 地域密着部会 介護支援専門員部会
3				訪問部会 通所部会 施設部会 医療部会 地域密着部会 介護支援専門員部会
4				訪問部会 通所部会 施設部会 医療部会 地域密着部会 介護支援専門員部会
5				訪問部会 通所部会 施設部会 医療部会 地域密着部会 介護支援専門員部会
6				訪問部会 通所部会 施設部会 医療部会 地域密着部会 介護支援専門員部会
7				訪問部会 通所部会 施設部会 医療部会 地域密着部会 介護支援専門員部会
8				訪問部会 通所部会 施設部会 医療部会 地域密着部会 介護支援専門員部会
9				訪問部会 通所部会 施設部会 医療部会 地域密着部会 介護支援専門員部会
10				訪問部会 通所部会 施設部会 医療部会 地域密着部会 介護支援専門員部会

* 記入欄が不足の場合は、お手数ですが、コピーしてください。