

寒川地区多職種連携研修会 受講申し込み用紙

【宛先】

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

FAX 送信先：0467-82-0501

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

【申込団体】

団体名	(担当者名：)	電話番号	-
Mail	@	FAX番号	-

【申込者】

NO	所属機関名	職種	氏名	電話番号
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

* 1：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。

* 2：なお、当研修会では修了証書の交付はございません。

お問合せ：0467-38-3319（在宅ケア相談窓口 広田・松本）

返信締め切り：2月4日（月）まで