

第16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:7月2日(月)

事業所名		電話番号	-	-
メール	@	FAX番号	-	-

申込者

* 修了証書を交付しますので、氏名についてお間違えのないように、分かりやすくご記入をお願いします。

	氏名	職種	所属部会名(該当する部会名に○をつけて下さい)
1			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。