

# [申込書]

《提出先》

FAX 番号：072-423-8686

担当：岸和田市介護保険課 ・ 福祉政策課

岸和田市在宅医療推進のための多職種連携研修会

(平成29年3月4日開催)

所属

住所もしくは圏域

申込者

電話番号

氏名	役職・職種	講演会・グループワーク参加希望 (いずれか、もしくは両方に○)
		講演会 ・ グループワーク
		講演会 ・ グループワーク
		講演会 ・ グループワーク
		講演会 ・ グループワーク
		講演会 ・ グループワーク