

参加申込書

申込日 平成 年 月 日

在宅医療・介護連携ステーション中央第二
ご当地連携研修会 (8/25開催)

施設・機関名	
施設種別	<input type="checkbox"/> 医科診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 調剤薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 地域包括 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 行政 <input type="checkbox"/> 社協 <input type="checkbox"/> その他 ()	
連絡担当者		
TEL/FAX	/	
Eメールアドレス		
参加希望者	氏名	職種 (現業職種 1つ選択)
		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 施設管理者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> SW・相談員 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 施設管理者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> SW・相談員 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> その他 ()
		<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師・看護師 <input type="checkbox"/> 施設管理者 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> SW・相談員 <input type="checkbox"/> 介護士 <input type="checkbox"/> その他 ()

ご意見・ご要望・連絡事項等ありましたらお書きください

--

※ご記入いただきました個人情報は、本研修会のご出席者の確認に共催関係者のみで使用し、その他の第三者に提供することはありません。

FAX 送信先：在宅医療・介護連携ステーション中央第二

025-244-0133