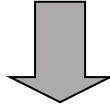


多職種連携交流会参加申込書



FAX 052-652-4774

名古屋掖済会病院地域医療支援センター

締め切り 11月10日(金)

参加希望日 11月22日 12月6日 12月18日

※参加希望日 内にレ点をお願いします

事業所名 _____

氏名 ① _____ ② _____

③ _____ ④ _____

連絡先 TEL _____

e-mail _____

参加方法 () 会場での参加

() Zoom での参加 (講義の配信のみ)

※ 複数名の申し込みが可能です。

※ 交流会についてご質問、ご相談したいことを記入下さい。