

FAX送信先 835-7033

参加申込用紙

平成30年度「入退院時における医療・介護連携」研修会
日 時：平成30年9月12日(水)18:30～20:00
場 所：南風原町「ちむぐる館」(南風原町字宮平 697-10)

※参加ご希望の方は氏名、職種、職歴等をご記入のうえ、9月7日(金)までに
本会事務局宛 FAX にてご返信下さいますようお願い申し上げます。

※当該研修会に参加いたします。

※多職種グループワークのグループメンバーを編成するため職種、職歴(年)をご記入
ください。

医療機関・施設 事業所名		
住 所	〒 ー	
連絡先	TEL	FAX

氏 名	職 種	職 歴 (年)

<お問い合わせ先> 南部地区医師会 南部在宅医療介護支援センター
担当者：比嘉、大城
電話 851-3650 FAX 835-7033