

在宅医療・介護連携講演会(R元.9.17)参加申込書

表紙は不要です。本紙のみ送信してください。

送信日 令和元年 月 日

送信先

| |
|--------------------------------------|
| 連携センター りんく (恵庭市在宅医療・介護連携支援センター) 行 |
| FAX 0123-37-5066 |
| Email enw-ikrcenter@megumino.or.jp |

送信元

| | |
|-------|--|
| 所属名 | |
| 電話番号 | |
| 記載者氏名 | |

| 職名(A) | 職種(B) | (ふりがな) 氏名 |
|-------|-------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

☆枠が足りなければ適宜追加のうえ記載してください

<記載時の留意事項>

- * A欄 「職名」: 所属における職名を記載してください
(記載例～管理者、主任、介護支援専門員 など)
- * B欄 「職種」: 職名と同じ場合は記載不要です
(記載例～介護福祉士、薬剤師、看護師など)

申込期限 9月9日(月)
*** 定員(150名)に達し次第申込終了とさせていただきます ***