

# 参加申込用紙

平成28年度第2回多職種連携グループワーク研修会

日時：平成29年 2月 3日(金)19:00～21:00

場所：南部地区医師会館

※参加ご希望の方は勤務先・職種・氏名等をご記入のうえ、1月27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。

施設名（事業所名） \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

連絡先 (TEL) \_\_\_\_\_ (FAX) \_\_\_\_\_

職 種 \_\_\_\_\_

職 歴 \_\_\_\_\_ 年

連絡先 南部地区医師会事務局

FAX 835-7033

電話 998-8572