

(別紙3)

在宅医療・介護連携推進フォーラム
～いま何をすべきか!地域力を活かす医療・介護連携を考える～

参加申込書

申込締切り 平成31年2月8日(金)

施設名	所在地 〒 _____ 自治体名・施設名 _____ TEL () _____ FAX () _____
代表者 メールアドレス	※受講券発行時に必要となりますので、必ずご記入ください。

※下記の所属施設名の欄は、上記の施設名と異なる場合(連携機関職員)のみご記入下さい。

参加者 1	所属	※自治体・部署名又は施設名
	役職	※役職又は職種
	フリガナ 氏名	
参加者 2	所属	※自治体・部署名又は施設名
	役職	※役職又は職種
	フリガナ 氏名	
参加者 3	所属	※自治体・部署名又は施設名
	役職	※役職又は職種
	フリガナ 氏名	

平成31年2月8日(金)までに国診協事務局へお申込ください。

FAX:03-6809-2499

E-mail:office@kokushinkyo.or.jp