

乙連携説明会 参加申込書

事業所名

ご担当者名

連絡電話番号

会議への出欠

参加

・

不参加

参加者氏名	職種	備考

ご要望があればご自由にお書き下さい。

--

アドレス mansaku@kurokami.jp

FAX 71-0309

新見市在宅医療連携拠点まんさく 宛

※申込書は新見地域在宅医療支援システム研究会（旧新見医師会在宅医療連携拠点まんさく）ホームページからもダウンロードできます。