

令和3年度 第1回人材育成研修会・多職種連携会議

会場参加希望者用 参加申込書

☆Web参加希望の方はこの用紙ではなく、必ずメールでお申し込みください

事業所名

連絡担当者名

連絡電話番号

下記の希望する会場に○を付けてください

- ①老人保健施設くろかみ研修室 ②新見市地域福祉センター多目的ルーム

| 参加者氏名 | 職種(役職名ではなく) | 備考 |
|-------|-------------|----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

※希望会場に偏り等ありましたら、参加会場の変更についてお声掛けさせていただくこともありますので、ご了承ください。

講師の薬剤師の川本様へのご質問がありましたら下記にご記入ください。薬について知りたいことや患者さんへの対応の仕方など具体的にご記入ください。講演の中でお話しいただく予定です。

アドレス mansaku@kurokami.jp

FAX 71-0309

新見市在宅医療・介護連携支援センターまんさく 宛

※申込書は新見地域在宅医療支援システム研究会（旧新見市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。

締切は7月6日(火)です