

令和3年度第1回多職種小規模リモート研修 参加申込書

事業所名

連絡調整担当者名

連絡電話番号

参加希望者	氏名	職種
	氏名	職種
	氏名	職種
希望されることや 提案事項がありましたらご記入ください		
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していただけます。

締切りは8月10日(火)です

☆詳細は締切り後、直接連絡調整担当者の方にご連絡させていただきます。