

令和3年度第3回多職種小規模リモート研修 参加申込書

注:この用紙は、認知症研修用ではありません。

認知症研修の申し込み用紙は別にあります。

事業所名

連絡担当者名

連絡電話番号

メールアドレス

※必ずメールアドレスをご記入ください

参加希望者	氏名	職種
	氏名	職種
	氏名	職種
入退院時の連携について、質問や希望されること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 苑		

締切りは2月24日(木)です

☆詳細は締切り後、直接連絡担当者の方にご連絡させていただきます。