

第4回青森県地域連携実務者研修会・懇親会 参加申込書

FAX

0172-39-7214

健生病院 地域連携室宛て

- ◆ 申し込み要領 : 必要事項を記入の上、FAXにてお申し込みください。
- ◆ 申込締切日 : 平成27年 10月 30日 (金)
- ◆ 申込先 : 津軽保健生活協同組合 健生病院 地域連携室 堀川 恵宛
Tel 0172-32-1171

所属病院 施設名				
所属施設 住所	〒			
電話 / FAX 担当者	電話 : () - FAX : () -			
	連絡担当者 :			
参加者	1	氏名	部署	職種
	参加	<input type="checkbox"/> 協議会 <input type="checkbox"/> 懇親会		
	2	氏名	部署	職種
	参加	<input type="checkbox"/> 協議会 <input type="checkbox"/> 懇親会		
	3	氏名	部署	職種
	参加	<input type="checkbox"/> 協議会 <input type="checkbox"/> 懇親会		
	4	氏名	部署	職種
	参加	<input type="checkbox"/> 協議会 <input type="checkbox"/> 懇親会		

* 申し込み後のキャンセルは、 11月6日 (金) までに連絡をお願いいたします。
青森県地域連携実務者協議会