別紙

≪送付先≫

ＦＡＸ番号　０１７２－３２－２１３７

弘前市医師会弘前地区在宅医療・介護連携支援センター「そよかぜ」　行

担当者　所属名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成２９年度「難病患者支援者のための研修会」参加申込書

第１回　日時：平成２９年７月　６日（木）１９：００～２０：３０
場所：青森県立武道館　会議室
第２回　日時：平成２９年８月２２日（火）１３：３０～１５：３０
場所：弘前市民会館　１Ｆ　大会議室
第３回　日時：平成２９年９月２５日（月）１３：３０～１５：３０
場所：弘前市民会館　１Ｆ　大会議室

１．参加者（参加する回に○をつけてください。）

職　種	氏　　名	参加		
		１回	２回	３回

※なお、会場の都合上、人数の調整をさせていただく場合がありますので、ご了承願います。

２．講師への質問事項等がありましたら、ご記入ください。

※平成２９年６月２６日（月）までにFAX等でお知らせください。