

(別紙)

宛先 北栄町役場 福祉課 地域包括支援センター 池田 行
FAX : 0 8 5 8 - 3 7 - 5 3 3 9 (TEL: 0 8 5 8 - 3 7 - 5 8 5 0)

域地域医療研修会

参加申込書

所属名	
回答者職氏名	
電 話	

【出席者】

	職 名	氏 名	備 考
①			
②			
③			
④			
⑤			
⑥			
⑦			
⑧			

申込期限： 2月22日(金)