**合同研修会　参加申込書**

**下関市医師会医療・介護連携推進室宛**

**FAX　083-252-2332**

研修会参加者名簿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 職種 | 所属・事業所名 | 連絡先 |
| 1 |  |  |  |  |
|  |
| 2 |  |  |  |  |
|  |
| 3 |  |  |  |  |
|  |
| 4 |  |  |  |  |
|  |
| 5 |  |  |  |  |
|  |
| 6 |  |  |  |  |
|  |
| 7 |  |  |  |  |
|  |
| 8 |  |  |  |  |
|  |
| 9 |  |  |  |  |
|  |
| 10 |  |  |  |  |
|  |

※　恐れいりますが、**６月29日（金）**までにご返信下さいますようお願い致します。