

# R8年5月29日（金）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

※ 多職種連携研修会の申込書です。参加ご希望の方は、恐れいりますが、5月22日（金）までにご返信下さいますようお願い致します。

	ふりがな	職 種	所属・事業所名	連絡先電話番号
	氏 名			
1				
2				
3				
4				
5				

※お名前のふりがなのご記入もお願いいたします。

令和8年5月22日（金）までに

**FAX252-2332** までご返送ください。