

令和元年度 下関医療介護ネットワーク・

山口栄養サポートネットワーク合同研修

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、1月17日(金)迄にお申し込み頂きますようお願い致します。