

R6年10月26日(土)研修会及び懇親会 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

※参加ご希望の方は、恐れいりますが、10月15日(火)までにご返信  
下さいますようお願い致します。

ふりがな 氏名	研修会	親睦会	職種	所属 事業所名	連絡先 TEL
	出・欠	出・欠			
	出・欠	出・欠			
	出・欠	出・欠			
	出・欠	出・欠			
	出・欠	出・欠			
	出・欠	出・欠			
	出・欠	出・欠			
	出・欠	出・欠			

\* 出・欠 に ○ をつけて、令和6年10月15日(火)までに  
FAX252-2332 までご返送ください。