

# 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<br>氏名 | 研修会 | 親睦会 | 職種 | 所属<br>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。