第3回　しばた地域入退院連携ガイド研修会

参加申込用紙

（申込締切　**11月10日　火曜日**）

所　　属：
申し込み代表者：
電　話　番　号：
メールアドレス：

（メールアドレスはZoom参加者のみ記入）

Zoomで参加する施設は使用する端末の台数をご記入ください。1端末２名までの
ご参加でお願い致します。　　台

※参加人数の適切な把握のため、参加者全ての方のご記入をお願いします。

氏　　名	職　　種	参加方法　（どちらかに✓）
		☐会場　☐Ｚｏｏｍ
		☐会場　☐Ｚｏｏｍ
		☐会場　☐Ｚｏｏｍ
		☐会場　☐Ｚｏｏｍ
		☐会場　☐Ｚｏｏｍ
		☐会場　☐Ｚｏｏｍ
		☐会場　☐Ｚｏｏｍ
		☐会場　☐Ｚｏｏｍ
		☐会場　☐Ｚｏｏｍ

事前質問　質問がございましたら、ご記入をお願いします。

用紙が足りない場合はコピーをお願いします。

FAXまたはメールで送信

（表紙不要）しばた地域医療介護連携センター行き　FAX：　0254-20-8570
メールアドレス：　zaitaku@pop.shibata.ne.jp