

## 【FAX 申込書】

7月27日(土) 午後1時～午後5時

実践に活かせる ACP 研修会 参加申込書

以下の項目をご記入ください。

### 【参加者】

(フリガナ) 氏名	事業所名	職種	経験年数

複数名でお申込みの場合は代表の電話番号、メールアドレスを一つご記入ください。

[連絡先電話番号： \_\_\_\_\_]

[連絡先メールアドレス： \_\_\_\_\_]

[研修会に参加するきっかけ]

### 【事前質問】

講師名： \_\_\_\_\_ へのご質問

FAX 受信後、3日以内に（土日祝祭日を除く）受付完了メールを送付します。メールが届かない場合は、お手数でもしばた地域医療介護連携センター電話 0254-20-8577 までご連絡ください。

用紙が足りない場合はお手数ですが、コピーをしてご利用くださいますようお願い致します。

【送付文不要】 申込 FAX 送信先：0254-20-8570  
しばた地域医療介護連携センター行き