

しばた地域入退院連携ガイド研修会

参加申込用紙

(締め切り 1月10日 金曜日)

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。

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
		<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> Z o o m
		<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> Z o o m
		<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> Z o o m
		<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> Z o o m
		<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> Z o o m
		<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> Z o o m
		<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> Z o o m

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