

JCHO仙台病院地域連携の集い 平成30年1月25日(木)参加申込書

送信先 JCHO仙台病院 地域医療連携室 行

FAX : 022-275-5213

医療機関名・事業所名 :	
電話番号 :	FAX :
申込担当者 :	
参加人数 :	人

	参加者氏名	職 種
1		保健師・看護師・主任ケアマネ・社福士・ケアマネ・その他()
2		保健師・看護師・主任ケアマネ・社福士・ケアマネ・その他()
3		保健師・看護師・主任ケアマネ・社福士・ケアマネ・その他()
4		保健師・看護師・主任ケアマネ・社福士・ケアマネ・その他()
5		保健師・看護師・主任ケアマネ・社福士・ケアマネ・その他()

当日の講演に対し、事前にアンケートにて質問等お伺いしておりますが、
その他にご質問ご要望等ございましたらご記入下さい

お問い合わせ先：医療総合支援部 地域医療連携室直通Tel 022-275-3195

※ 平成30年1月15日(月)までにご送信お願い致します。