送信日 　令和　　年 月 　 日

**FAX**

**田辺圏域在宅医療・介護連携支援センター行（FAX 0739-34-3326）**

【申込締切日】　令和2年１月１７日（金）必着

**令和２年1月２５日開催「医療と介護の専門職向け研修会」**

**参加申込書**

**【参加希望者】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 所属事業所連絡先（TEL） | 職　種○で囲んで下さい | 備　考 |
|  | TEL | 医療職介護職ケアマネ行政職員 |  |
|  | TEL | 医療職介護職ケアマネ行政職員 |  |
|  | TEL | 医療職介護職ケアマネ行政職員 |  |
|  | TEL | 医療職介護職ケアマネ行政職員 |  |

【ご記入時の注意事項】

　・枠内を全てご記入いただき、必ずお手元に控え（コピー等）を保管願います。

　・上記の申し込みで参加のお名前が書ききれない場合は、コピーしてご対応ください。

当日、尾内氏に回答いただきたい内容がありましたら、少し具体的にご記載ください