

平成30年度 地区別懇談会申し込み書

月 日【 地区】

FAX 41-9981

藤沢市医師会
在宅医療支援センター

* 複数の地区に参加して頂く場合、1地区1枚でご記入下さい。

【 申し込み機関名 】

【 住所 】

【 連絡先(電話番号)】

【 所属 】

- ・ 医師会 ・ 歯科医師会 ・ 薬剤師会 ・ 訪問看護ステーション ・ 地域包括支援センター
- ・ 居宅介護支援事業所 ・ 施設 ・ 事業所 ・ 市民病院 ・ 社会福祉協議会 ・ その他

* 地区別懇談会においては、修了証の発行はありません。

申込者名	職種
(ふりがな)	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護職 ・ 介護職 ケアマネジャー ・ 歯科衛生士 ・ 社会福祉士 ・ PT/OT 事務職 ・ ソーシャルワーカー ・ 福祉用具 その他()
(ふりがな)	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護職 ・ 介護職 ケアマネジャー ・ 歯科衛生士 ・ 社会福祉士 ・ PT/OT 事務職 ・ ソーシャルワーカー ・ 福祉用具 その他()
(ふりがな)	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護職 ・ 介護職 ケアマネジャー ・ 歯科衛生士 ・ 社会福祉士 ・ PT/OT 事務職 ・ ソーシャルワーカー ・ 福祉用具 その他()

事務担当 藤沢市医師会 在宅医療支援センター TEL(41)9980

* 各地区とも、駐車場がありませんので、公共交通機関等をご利用ください。