

小野市在宅医療・介護連携多職種研修会参加申込書

申込先：小野市在宅医療介護連携支援センターあて
FAX：0794-62-4921

申込期限 2月3日（金）必着

| | | | |
|-----|---------------|-----------|---|
| 所属名 | | | |
| 住 所 | | | |
| 連絡先 | 電 話 番 号 | () | — |
| | F A X 番 号 | () | — |
| | メールアドレス _____ | | |

参加決定のお知らせは送付いたしませんので、当日ご参加ください。
定員を超える場合のみ、ご連絡いたします。(会場定員約30人)

| 申込者氏名 | 職 種 | Web 参加用メールアドレス |
|-------|-----|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

※グループワークでは、専門職の皆様が直面されている困難事例について、検討していただきたいと考えておりますので、参加される方は当日までに考えておいてください。

医療と介護の連携について、他の職種の方に聞きたいことや連携したいことなどがありましたら、下記に記載してください。

| |
|--|
| |
|--|