

この用紙のみ送信してください。

FAX : 0193-63-6945

県立宮古病院地域医療福祉連携室 湯澤

第5回岩手県医療福祉連携実務者ネットワーク協議会（ぐうの会）

参加申込

施設名：

担当者：

FAX：

TEL：

協議会／懇親会の参加に○をつけてください。

※懇親会場への送迎バス（10人乗りバスが往復します）を希望される方は☑をお願いします。↓

所属部署	氏名	職種 ソーシャルワーカーで資格をお持ちの場合（）内に資格を記入	E-mail (今後の情報提供等で利用します)	協議会	懇親会
		()			<input type="checkbox"/> バス利用
		()			<input type="checkbox"/> バス利用
		()			<input type="checkbox"/> バス利用
		()			<input type="checkbox"/> バス利用

※枠が足りない場合は別紙またはコピーに記入し、送付してください。

※料理等の準備の都合上、11月16日以降の懇親会のキャンセルはお受けできません。

11月16日（金）までにFAXにてお申込みください。

連絡事項