

この用紙のみ送信してください。

FAX : 0197-48-0225

県立胆沢病院地域医療福祉連携室
(TEL : 0197-24-4121)

第6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：

TEL：

FAX：

協議会／懇親会の参加に○をつけてください。

所属部署	氏名	職種	E-mail (今後の情報提供等で利 用します)	協議会	懇親会

※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15日以降の懇親会のキャンセルはお受けできません。

11月15日（金）までにFAXにてお申込みください。

FAXの受付窓口は、事務局と異なりますので、お問合せの際には、御注意ください。

連絡事項