

第2回 医療・介護連携多職種研修会 参加取りまとめ用紙

(返信×切:平成29年〇月〇日／お問い合わせ:0138-43-3939)

貴団体名	(ご担当者名:)	電話番号	—	—
メール		FAX番号	—	—

* 各団体で取りまとめた後、一覧表(別書式)にデータ入力してセンターまで申し込みください

参加者一覧

項目							懇親会参加 (○or×)	
1	氏名		職種		電話番号	—	—	
	所属機関				FAX番号	—	—	
	メール							
2	氏名		職種		電話番号	—	—	
	所属機関				FAX番号	—	—	
	メール							
3	氏名		職種		電話番号	—	—	
	所属機関				FAX番号	—	—	
	メール							

資料7

項目							懇親会参加 (○or×)
4	氏名		職種		電話番号	— —	
	所属機関				FAX番号	— —	
	メール						
5	氏名		職種		電話番号	— —	
	所属機関				FAX番号	— —	
	メール						
6	氏名		職種		電話番号	— —	
	所属機関				FAX番号	— —	
	メール						
7	氏名		職種		電話番号	— —	
	所属機関				FAX番号	— —	
	メール						
8	氏名		職種		電話番号	— —	
	所属機関				FAX番号	— —	
	メール						