

今後の連絡方法・次回スケジュールの確認票

貴所属団体名 _____

お名前 _____

1 今後の連絡方法について（ご都合のよろしい方法に○を付けてください）

(1) 開催ご案内文書・資料送付の場合

※ いずれの場合でも、必ず併せて郵送もいたします。

ア 電子メール（アドレス： _____ ）

イ FAX _____

ウ 郵送 _____

(2) 開催日程の調整の場合

ア 電話（ア）承諾書にて届出済の電話番号

（イ）携帯電話を希望される方は、以下に番号をお書き下さい。

（携帯電話 _____ - _____ ）

イ 電子メール（ア）パソコン（アドレス _____ ）

（イ）携帯電話（アドレス _____ ）

ウ FAX _____

2 次回協議会開催スケジュールについて

(1) 次回協議会開催希望日（7月）

ご都合のよろしい日程に、○をつけご回答願います。

※開始時刻は19：00を予定しております。

平成27年7月		
29日	30日	31日
(水)	(木)	(金)

(2) 回答連絡先（いずれでも結構です。）

FAX：0138-32-1505

郵送：〒040-0001 函館市五稜郭町23番1号 市立函館保健所地域保健課
函館市医療・介護連携推進協議会事務局 行き

E-mail： hc-eiseigyousei@city.hakodate.hokkaido.jp