

第2回 玉島で在宅医療を考える会

ー多職種連携での場づくりー

参加申込書

FAX 086-526-8117

玉島中央病院 地域連携課 宛

施設名 _____

2016年5月20日(土)までにご返送ください。

開催日時：2017年5月27日(土)16:00～18:00

氏名	職種
	医師・看護師・薬剤師・リハビリ・ケアマネ 相談員・事務・介護士・その他()

該当職種に○をお願いします。

会場の都合により参加者数の調整をお願いする場合がございますので御了承ください。

問合せ先 086-526-8111 地域連携課 (担当 三宅)