

(ファクシミリ施行：添書不要)

宛先 石巻市地域包括ケア推進協議会 事務局 あて (石巻市健康部包括ケア推進室) FAX 0225-98-5918	件名 平成27年度 多職種連携研修会の出席 について	送信日 平成27年 月 日
---	-------------------------------------	------------------

平成27年度 多職種対象研修会 出席申込書

団 体 名	
連 絡 担 当 者	
連 絡 先	

---

所属機関名	職 名	氏 名