

**FAX送信先 0225-92-5791**

(石巻市包括ケア推進室/包括ケアセンター内)

## 8月29日相互研修(交流)会申込書

医療機関・事業所名 ※正確にご記入ください	
上記の住所 ※該当するものにチェック	<input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 山下/釜・大街道 <input type="checkbox"/> 湊 <input type="checkbox"/> 蛇田 <input type="checkbox"/> 稲井・住吉 <input type="checkbox"/> 渡波 <input type="checkbox"/> 河北 <input type="checkbox"/> 雄勝 <input type="checkbox"/> 河南 <input type="checkbox"/> 桃生 <input type="checkbox"/> 北上 <input type="checkbox"/> 牡鹿 <input type="checkbox"/> その他( )
電話・FAX番号	電話: FAX:
メールアドレス※	
ご氏名	ご職種
【病院(医療)との連携に関する事で、質問したいことをご記入ください。研修会でお答えできるものについてはお答えします。】	

**申し込み締め切り 8月22日(木)まで**

※次回以降ご案内をメールで行いますので、アドレスをご記入ください。(事業所用の記入をお願いいたします)

※参加者欄が足りない場合は、コピーしてお使いください。

※電話またはFAXをお送り頂きました時点で、参加申し込み完了致します。

【問合せ先】 石巻市包括ケア推進室/包括ケアセンター 佐々木・遠藤  
石巻市穀町14番1号 TEL:0225-95-1111(内線2575・2576) FAX:0225-92-5791