

## FAX 送 信 票

白山市在宅医療介護連携協議会 & 加賀脳卒中地域連携協議会 コラボ研修会

### 参加申し込みについて

1. 貴施設名、ご連絡先をお教え下さい。

貴施設名	
ご連絡先 (電話/FAX 番号)	TEL : FAX :

2. 出席を希望される方の氏名、職種をご記入下さい。

No	氏 名	職 種
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

準備の都合上、平成 30 年 11 月 26 日 (月)までに、お願いいたします。

**FAX 送信先 : 076-246-7109 (送付状不要)**

**加賀脳卒中地域連携協議会 事務局**