

こまつ在宅医療研究会 主催

第48回（2018年度 第1回）セミナーの申込用紙

締切日：7月24日（火）

所属機関	連絡先 TEL	※研修単位希望 (該当に○)
参加者氏名	(職種)	
	(職種)	
	(職種)	
	(職種)	
	(職種)	

※本セミナーは、石川県医師会生涯教育講習会、主任介護支援専門員更新研修に該当します。その他の専門職種も該当する場合があります。下記にご記入ください。確認してご連絡いたします。

講演の参考にするために、お聞きしたいことをお書きください。
専門職種の単位履修に該当するか、不明の場合、ご記入ください。

送信先：こまつ在宅医療研究会事務局

(やわたメディカルセンター 地域連携部)

FAX (0761-47-1264)

