

地域包括ケア研修会 受講申込書

勤務先	
所在地	〒 ー
連絡先 (電話番号)	
氏名 (会員番号)	氏名 (会員番号)
	氏名 (会員番号)
	氏名 (会員番号)
本研修を希望 した理由	

※本紙を平成27年11月6日（金）までに、下記申込先までファクシミリにてお申し込みください。

※人数調整により受講をお断りする場合のみ、こちらからご連絡いたします。

★申込先：

セントケア訪問看護ステーション石巻あけぼの内地域包括ケア研修会事務局

F A X： 0 2 2 5 - 2 2 - 1 0 5 7