

第 8 回 2016 年度「在宅を支える多職種交流会」参加申込書

下記内容をご記入の上、5月13日(金)までに FAX でお申し込み下さい。

お名前	ふりがな ※「ふりがな」を必ずご記載ください	
事業所名	ふりがな ※〇〇病院 訪問看護ステーション〇〇等、法人名は省略してご記入下さい	
住所	ふりがな	
担当包括	※お勤めの事業所の管轄の地域包括支援センター名をご記入下さい	
職種	※該当する職種に○をお付け下さい ①医師 ②歯科医師 ③薬剤師 ④保健師 ⑤看護師 ⑥PT ⑦ST ⑧OT ⑨栄養士 ⑩CM ⑪MSW ⑫PSW ⑬介護福祉士 ⑭ヘルパー ⑮歯科衛生士 ⑯その他()	
TEL		
FAX		
メール		
申込み内容	研修会及び懇親会(5,000 円)	研修会のみ(3,000 円)

- ※① 申込み内容につきましては、該当するものに○をおつけ下さい。
- ② おひとりにつき 1 枚でお申し込み下さい。
- ③ 複数お申込み頂ける場合は、コピーして人数分お申し込み下さい。
- ④ 会場の都合で定員になり次第締め切らせて頂きます。先着順となりますが、ご了承下さい。
- ⑤ 駐車場が込合う場合があります。可能な限りお乗り合せ頂くか公共交通機関をご利用下さい。

<問合せ先：宮崎キュアケアネットワーク実行委員会> ご不明な点は下記実行委員までご連絡下さい

実行委員長	岡元 俊雄	岡元薬局	TEL : 0985-27-3223
副委員長	長友 茂	カーサ・アルパ壱番館	TEL : 0985-47-6707
副委員長	金子 茂稔	デイサービス未来図	TEL : 0985-88-3486

申込先	宮崎市郡医師会病院医療連携室 山森 宛て
	FAX : 0985-23-2210