

※参加ご希望の方は、この面をFAXしてください

FAX 045-210-8856

神奈川県健康医療局保健医療部 医療課 地域包括ケアグループ 鈴木 宛

参加申込書

(平成31年3月26日(火) 病床機能転換支援セミナー)

◆セミナー申込

ご所属名	職種	参加者氏名	連絡先
			TEL
			TEL
			TEL

- 受講決定通知は送付しませんので、当日会場へお越しください。
(定員超過などにより受講できない場合は、別途ご連絡いたします。)
- セミナー終了後、個別相談を予定しています。(1 医療機関20~30分程度の簡易な相談)。
希望される場合は、下記に○を付し、相談したい内容を簡単に記載してください。

◆個別相談申込

相談希望	ご相談の内容
(希望する場合は○を記載)	