

第1号様式

年度在宅医療・介護出前講座申込書

「住み慣れたこの町の在宅医療・介護を教えて！」

令和 年 月 日

宛先 代表者 住所 〒 新ひだか町

代表者氏名

グループ名

電話番号

希望日	第一希望 年 月 日 () 第二希望 年 月 日 ()
希望時間	時 分 ~ 時 分
参加予定人数	名
希望内容 (注) 職種等ご希望に添えない場合もあります。 ご了承ください。 例 医療 ~ 医師・歯科医師・薬剤師・看護師等へ 介護 ~ 相談員・ケアマネジャー・介護福祉士等へ まずはどのような内容を知りたいか連絡下さい!	
開催予定場所及び住所	

(注) 開催時間の目安 30分~1時間程度 (要相談)

〈申込先・問い合わせ先〉 新ひだか町立静内病院 地域連携室 高慶



電話 : 0146-42-0181

FAX : 0146-42-4427