

(見本)

申込日 年 月 日

在宅医療・介護連携推進事業 研修会予定表

申込先事業所情報

事業所名	〇〇グループホーム
担当者名	静内 太郎
電話番号	0146-12-3456
FAX番号	0146-11-1111

研修会詳細情報

件名（講座名）	××講座
開始日時	30年 〇月 △日（日曜日） 14時00分
終了日時	30年 〇月 △日（日曜日） 15時30分
場所	〇〇ホール
対象者	どなたでも参加可能！
詳細	<p>平成30年 〇〇講座</p> <p>テーマ「 」 講師 〇〇 ×× 氏 入場料無料 どなたでも参加可能！ 筆記道具をお持ちの上 参加してください。</p> <p>ご案内資料は、こちらをクリックしてください <u>PDF</u> (ポスター等ありましたら、データを頂けましたらリンクを貼 らせて頂きます)</p>

依頼先

新ひだか町立静内病院 地域連携室

FAX番号 0146-42-4427

メール shizunai@ceres.ocn.ne.jp

申込日 年 月 日

在宅医療・介護連携推進事業
研修会予定表

申込先事業所情報

事業所名	
担当者名	
電話番号	
F A X 番号	

研修会詳細情報

件名（講座名）	
開始日時	年 月 日（曜日） 時 分
終了日時	年 月 日（曜日） 時 分
場所	
対象者	
詳細	

依頼先

新ひだか町立静内病院 地域連携室 行

F A X 番号 0 1 4 6 - 4 2 - 4 4 2 7

メール shizunai@ceres.ocn.ne.jp