

第 1 回しながわ・えばら多職種合同研修会

「病院における退院支援・多職種連携の取り組み～地域とのつながりを考える～」

参加申込書

品川区医師会 FAX

3 4 7 1 - 5 1 4 5

医療機関名/事業所名		
お名前	職種(※役職でなく)	

(複数名記載可)

※受付完了の返信は致しませんので、ご了承ください。

※申し込みに際して、ご不明な点はチラシ問合せ先までお問合せください。

