|  |
| --- |
| **ＦＡＸ送信書** |

宛　　先　　　山形市立病院済生館地域医療連携室 　行

　ＦＡＸ番号**０２３－６２６－６５１７**

―――――――――――――――――――――――――――――――――――――――

【令和5年11月24日(金)開催】

令和５年度「第３３回山形市立病院済生館医療福祉研修会・

第６回山形市医師会在宅医療・介護連携室ポピー合同研修会」

**参 加 者 連 絡 票**

　　　　　　　　　　　　　　事業所名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 役職・職名 | 参加者氏名 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

　※１１月１７日（金）までにご提出くださいますようお願いします。

お返事をいただいた方のお名前・連絡先(電話番号)

お名前

連絡先(電話番号)　　