

栃木県医師会地域医療第一課 行き
(FAX : 0 2 8 - 6 2 4 - 5 9 8 8)

平成30年度 地域包括支援センター職員医療的知識向上研修会申込書

1. 医療機関名	
2. 医療機関住所	
3. 連絡先	— —
4. 氏名	職 種
5. 課題（問題） 地域包括ケアシステムに関する 課題（問題点）等を具体的にご記入 願います。 (グループワークで取り上げる テーマの検討に活用いたします)	

◎申込書で得られた個人情報は、受付名簿の作成、県への報告等に活用いたします。

◎氏名欄が不足した場合は、申込書をコピーしてご使用ください。

※平成31年1月25日（金）までにお申込みくださいますようお願い申し上げます。