

福岡県医師会地域医療課宛

F A X : 092-411-6858

平成 29 年度福岡県医師会地域包括ケア推進講演会
参加申込票

△と き 平成 29 年 12 月 8 日 (金) 19 : 00 ~ 20 : 30

△ところ 福岡県医師会館 5 階研修室

所属訪問看護ステーション : _____

※正式名称でお願いいたします。

参加者氏名・職種

氏 名	職 種

【訪問看護ステーション】

※用紙が足りない場合は、本用紙をコピーしご記入ください。