

# F A X ・ E-mail 出欠連絡票

※ファックス送信票は必要ありません

宮代町健康介護課 高齢者支援担当 宛

FAX 番号 0 4 8 0 - 3 4 - 3 3 9 6

E-mail kaigo@town.miyashiro.saitama.jp

## ■平成31年1月30日（水）第3回 在宅医療・介護関係者研修会の出欠

(し点をしてください) 出席 ・ 欠席

提出期限1月18日（金）

■機関・事業所名

■参加者

※4名以上ご参加の場合は、コピーしてお使いください。

氏名（フリガナ）	職 種
フリガナ	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 理学療法士等 <input type="checkbox"/> 社会福祉士
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> 栄養士
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
氏名（フリガナ）	職 種
フリガナ	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 理学療法士等 <input type="checkbox"/> 社会福祉士
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> 栄養士
	<input type="checkbox"/> その他（ ）
氏名（フリガナ）	職 種
フリガナ	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 理学療法士等 <input type="checkbox"/> 社会福祉士
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 行政職員 <input type="checkbox"/> 栄養士
	<input type="checkbox"/> その他（ ）

※講師への質問がございましたら御記入ください。

.....

.....

.....

.....