

参加申込書

*この用紙にご記入の上 FAX してください

FAX

0738-22-2008

参加ご希望の方は下記の項目をご明記の上平成 29 年 10 月 6 日（金）までに FAX してください。

事業所名 _____ 担当者名 _____

当日連絡が取れる連絡先 電話 _____ FAX _____

参加者氏名	職業	連絡先電話番号

配慮を希望する事項	<input type="checkbox"/> 手話通訳	<input type="checkbox"/> 要約筆記	<input type="checkbox"/> 保育（ 人）
-----------	-------------------------------	-------------------------------	---------------------------------

<お問い合わせ先>

「重症心身障害児者等在宅医療等連携体制整備事業」

〒644 - 0044

和歌山県日高郡美浜町和田 1138

独立行政法人 国立病院機構 和歌山病院

（地域連携室）担当：塩崎

TEL 番号：0738-22-3256 FAX：0738-22-2008