

(ファクシミリ施行：添書不要)

宛先 石巻市地域包括ケア推進協議会 事務局 千葉あて (石巻市健康部包括ケア推進室) FAX 0225-98-5918	件名 平成27年度 地域リハビリテーション 連携研修会について	送信日 平成28年 月 日
---	--	------------------

平成27年度 地域リハビリテーション連携研修会 出席申込書

所属機関名	
連絡担当者	
連絡先	

所属機関名	職名	氏名