

**FAX送信先 0225-25-6039**  
(石巻市ささえあいセンター内)

医療機関・事業所名 ※正確にご記入ください		
上記の住所 ※該当するものにチェック	<input type="checkbox"/> 中央 <input type="checkbox"/> 山下/釜・大街道 <input type="checkbox"/> 湊 <input type="checkbox"/> 蛇田 <input type="checkbox"/> 稲井・住吉 <input type="checkbox"/> 渡波 <input type="checkbox"/> 河北 <input type="checkbox"/> 雄勝 <input type="checkbox"/> 河南 <input type="checkbox"/> 桃生 <input type="checkbox"/> 北上 <input type="checkbox"/> 牡鹿 <input type="checkbox"/> その他( )	
電話・FAX番号	電話:	FAX:
ご氏名	ご職種	参加日時
【普段の業務の中で知りたいこと・今後取り上げてほしい内容をこちらにご記入ください】		

※参加者欄が足りない場合は、コピーしてお使いください。

※電話またはFAXをお送り頂きました時点で、参加申し込み完了致します。

※当日は、駐車券無料処理を行いますので、ささえあいセンターの駐車場をご利用ください。

【問合せ先】 石巻市包括ケア推進室/包括ケアセンター 遠藤・千葉  
石巻市ささえあいセンター内 TEL:0225-25-6099 FAX:0225-25-6039