令和　　年　　月　　日

岩手県保健福祉部医療政策室　行

（メールアドレス：AD0002@pref.iwate.jp）

高齢者施設協力医療機関等研修会　参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関、高齢者施設名 |  |
| 担当者 | 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

次のとおり参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 参加日時（〇を記載） | 参 加 者 |
| ９/９（金）18:00～19:00 | ９/12（月）18:00～19:00 | 職名 | 氏名 | メールアドレス |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

【申込期限：９月７日（水）】