

【記入例】

平成30年度第1回在宅医療・介護連携推進事業研修会【後半研修変更】申込書

FAX 送信先 027-395-0147

高崎市医療介護連携相談センター南大類 担当 赤岡・高林 宛

事業所名	
連絡担当者名	
電話番号	
FAX 番号	

- 1 6/20(水)研修の参加者について、下記のとおり変更いたします。

(変更)参加者氏名
(※NO.1以外の方に変更しましたら、ご記名ください。) ○○ 太郎(NO.2)

- 2 7/11(水)の追加研修参加者について、下記のとおり変更いたします。

欠席者	○○ 太郎(NO.2)
出席者	○○ 花子(NO.1)

※変更がなければ、FAX の返送は不要です。

平成30年度第1回在宅医療・介護連携推進事業研修会【後半研修変更】申込書

FAX 送信先 027-395-0147

高崎市医療介護連携相談センター南大類 担当 赤岡・高林 宛

事業所名	
連絡担当者名	
電話番号	
FAX 番号	

- 1 6/20(水)研修の参加者について、下記のとおり変更いたします。

(変更)参加者氏名

- 2 7/11(水)の追加研修参加者について、下記のとおり変更いたします。

欠席者	
出席者	

※変更がなければ、FAX の返送は不要です。