第3回在宅医療・介護連携推進事業研修会申し込み用紙

各務原市健康福祉部高齢福祉課　山田　行

E-mail：kfukusi@city.kakamigahara.lg.jp
ＦＡＸ：058-383-6365

所属名	職種	氏名

●訪問看護師又はケアマネジャーに聞きたいことがあれば下記にご記入ください