

医療連携室（退院調整担当者）と訪問看護事業の意見交換会

参加申込書

病院名・事業所名 _____

申込書記載者（電話番号） _____

※令和元年11月15日（金）までにFAX ご返信ください

FAX 番号 0957-46-3167

氏 名	職 種