

市立函館保健所
保健予防課 感染症・難病担当 行
F A X 3 2 - 1 5 2 6

平成29年度難病患者在宅療養支援学習会 参加申込書

施設名 _____

担当者 _____

T E L _____

	受講者氏名	職種
1		
2		
3		
4		
5		

9月20日（水）までにFAXでお申し込みください。