

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

令和5年度 難病患者在宅療養支援学習会 参加申込書

勤務先・所属機関 _____

TEL _____

	ふりがな 氏名	職種
1 (参加代表者)		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他 ()
2		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他 ()
3		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他 ()
4		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他 ()
5		看護師・ケアマネジャー・介護士・ 保健師・その他 ()

11月10日(金)までにFAXでお申し込みください。