

3/14(金)歯・口腔に関わる在宅療養支援サポート研修会

参加申し込み書

道南圏域在宅歯科医療連携室宛 FAX (0138) 76-0039

令和7年 月 日

施設名

電話番号

FAX番号

参加者氏名	職種

複数参加の場合、この用紙をコピーしてください。

研修会参加者の皆様へ

函館市医師会病院には、第1駐車場と第2駐車場がございますのでご利用ください。

- ・第1駐車場は、病院裏すぐの場所となっております。
- ・第2駐車場は、道路を挟んで目の前の場所となっております。

