

12/12(金)第1回歯・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 F A X (0138) 76-0039

令和7年 月 日

施設名

電話番号

F A X 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。