送信日　令和　　年　　月　　日

**小美玉市地域包括支援センター（直営）行**

**ＦＡＸ　０２９９－５８－６７１０**

**地域ケア会議　参加申込書**

**第　　　回　　　令和　　年　　月　　日（　　）**

　所属名　：

　ご連絡先：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参加者氏名 | 職種 | 参加者メールアドレス |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

希望される回・日にち等をご記入の上で、開催回の申し込み期間にお申込み下さい。