必要事項をご記入の上
右記ＦＡＸ番号宛に送信ください。

FAX：0848-22-5102（直通）

参加申込書

申込締切：平成30年1月12日（金）

FAX送信先：0848-22-5102（直通）

JA尾道総合病院 医療福祉支援センター　行

施設名		
ふりがな 氏名	職種	心臓いきいき在宅 支援施設認定の意思 どちらかに○をつけて下さい
		あり　・　なし
		あり　・　なし
		あり　・　なし
		あり　・　なし
		あり　・　なし
		あり　・　なし
		あり　・　なし

【お問合せ先】
JA尾道総合病院　医療福祉支援センター 佐藤・宮澤
TEL：0848-22-8111（代表）

尾道総合病院
JA ONOMICHI GENERAL HOSPITAL
HAND in HAND