

大村市自立支援型地域ケア会議の見学申込書

担当者名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

◆下記必要事項をご記入ください。

所	属	職	種	氏	名	見学希望日 (第一希望)	見学希望日 (第二希望)

\*会議前週の月曜日までにお申し込みください。

\*見学は2名までとしております。なお、希望者多数の場合は、調整させていただきますので、ご了承ください。

大村市地域包括支援センター 村木宛て

FAX 番号 0957-53-8348

\* FAX 送信票は不要です。