

第 1 回

重症心身障害者在宅医療支援事業に係る研修会
(2015 年 11 月 21 日)

参加申込書

住 所	
氏 名	
年 代	
電話番号	
申込人数	
車椅子 利用予定	有 (名) ・ 無
申込方法	① FAX 0742-48-3512
	② mail hkawabe-2@hosp.go.jp
	③ 郵送先 〒630 - 8053 奈良市七条二丁目 7 8 9 番地 独立行政法人国立病院機構 奈良医療センター 企画課 川邊

※上記内容を記載いただければ、任意様式での申込も可能です。

※いただいた個人情報については、この事業以外のものには使用いたしません。