

地域医療フォーラム2012

～Let's チームケア 進めよう多職種連携～
参加申込書

参加希望の方は、この用紙の に
必要事項をご記入の上、下記までFAXをお願いします。

送信先：高知県健康政策部 医療政策・医師確保課

FAX：088-823-9137

送信元：

氏名（代表の方）

FAX：

*記載事項は本フォーラムに関する以外に使用いたしません。

参加者氏名	ご所属	職名	連絡先

問合せ先

高知県健康政策部 医療政策・医師確保課

〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目2番20号

TEL：088-823-9667 FAX：088-823-9137