

【参加申込書】

■平成30年度 第1回港区地域包括ケア研修会

- ・日時:平成30年7月20日(金)19:15~20:30
- ・場所:東京慈恵会医科大学 大学1号館3階
- ・申込先:東京都港区医師会事務局 FAX:03-3582-6264
- ・申込期日:平成30年7月13日(金)15:00まで

■所属: _____

■連絡先: _____

	氏名	職種
・参加者1:	_____	_____
・参加者2:	_____	_____
・参加者3:	_____	_____

※上記の情報につきましては、共催関係機関と共有させていただきます。

● アピアランスケアに関するご質問がありましたら、ご記入をお願いいたします。
講師の事前参考情報とさせていただきます。

~ご質問~

【住所】

東京都港区西新橋3-25-8

【会場】

大学1号館講堂(3階)

