

【送信宛先】

県立磐井病院 地域医療福祉連携室 あて

FAX : 0 1 9 1 - 2 1 - 3 9 9 0**参 加 申 込 書****岩手県立磐井病院 第5回 市民講演会**

《 親が脳卒中になったら あなたはどうしますか？ 》

この申込用紙に必要事項をご記入のうえ、FAX送信でお申込みください。

(申し込み締め切り 10月16日(木) ※定員になった場合は締め切ります)

令和 7 年 月 日

参加者 (代表)	氏名		所属	☐ 一般の方 ☐ 介護福祉関係者 ☐ 医療関係者 ☐ 行政の方
	連絡先 電話番号		連絡先 FAX番号	

複数名で申し込まれる場合

参加者	氏名		所属	☐ 一般の方 ☐ 介護福祉関係者 ☐ 医療関係者 ☐ 行政の方
	氏名		所属	☐ 一般の方 ☐ 介護福祉関係者 ☐ 医療関係者 ☐ 行政の方
	氏名		所属	☐ 一般の方 ☐ 介護福祉関係者 ☐ 医療関係者 ☐ 行政の方
	氏名		所属	☐ 一般の方 ☐ 介護福祉関係者 ☐ 医療関係者 ☐ 行政の方
	氏名		所属	☐ 一般の方 ☐ 介護福祉関係者 ☐ 医療関係者 ☐ 行政の方
	氏名		所属	☐ 一般の方 ☐ 介護福祉関係者 ☐ 医療関係者 ☐ 行政の方

※参加申込みされた方（複数名の場合は代表者様）に、定員超えや開催中止などをご連絡する場合がありますので、御了承ください。

【お問合せ先】

岩手県立磐井病院 地域連携室 TEL : 0191-23-3452 (内線1354)