

送信先 **025-247-8856**

新潟市在宅医療推進センター

**平成 30 年度第 1 回  
新潟地域病院連携会議 参加申込書**

**病 院 名** \_\_\_\_\_

**お 名 前 ( 部 署 )** \_\_\_\_\_

お名前	役職／所属部署名／職種

**ご質問等、ご意見などがありましたらご記入ください。**


お手数ですが、**8月24日(金)まで**に下記へファックスしてください

新潟市在宅医療推進センター(新潟市医師会内)

TEL 025-240-4135 / FAX 025-247-8856