送信票を付けず本用紙をそのままFAX送信してください。

※番号のお間違えが無いよう、ご確認ください。

**申し込みにあたって・・・**

◇申込書受理後、確認等はメールにて行いますのでメールアドレスは誤字が無いように記載をお願い致します。

　また、当部署からのメールを受信できるよう設定をお願い致します。

(地域医療支援部メールアドレス：cms@hokuyukai-neurological-hosp.jp)

「サロンあうる」申込書

〇事業所名：

〇参加者　　　人数　　　　名

・氏名　　　　　　　　　職種　　　　・氏名　　　　　　　　　職種

・氏名　　　　　　　　　職種　　　　・氏名　　　　　　　　　職種

・氏名　　　　　　　　　職種　　　　・氏名　　　　　　　　　職種

・氏名　　　　　　　　　職種　　　　・氏名　　　　　　　　　職種

〇メールアドレス

講義の際、質疑応答の時間も設けさせていただきます。

相談したい内容、話を聞いてみたい、話をしてみたいことなどありましたら、ご記入ください。