

<送信先> *送信票は不要です

FAX: 0172-59-3885

黒石市健康福祉部

黒石市地域包括支援センター 包括支援係 行

令和元年8月19日(月)までに送信下さるようお願いいたします

送信者所属

送信者

電話番号

FAX番号

令和元年度 南黒地区在宅医療・介護連携研修会出席者名簿

所属	職名	フリガナ 氏名