

【参加申し込み】

F A X 送 信 先 : 0 4 7 - 4 0 9 - 1 9 1 2

申し込み期日：3/23（当日参加可）



所属機関名 _____

氏名 _____（医師以外の場合 職種： _____）

★講師への事前質問★（任意）

連 絡 先：船橋市在宅医療支援拠点 ふなぼーと

〒273-8506 千葉県船橋市北本町 1-16-55

船橋市保健福祉センター1階

TEL 047-409-1736 FAX 047-409-1912

メールアドレス info@funabashi-zaitaku.com