

函館市医療・介護連携支援センター宛

(FAX 0138-43-1199)

(E-mail ikr-center@hakodate-ishikai-hp.jp)

研修予定掲載申し込み書

下記のフォーマットに記入の上、センター迄 FAX もしくはメールでお送りください。

研修名	
開催日	* 申し込み締切日～
時間	
場所	
定員	
問い合わせ先	主催団体名～ 担当者名～ 連絡先～
備考	参加料～ 対象者～ その他 (PR 等)

【団体名】

【記入者】

【TEL/FAX】