

次回スケジュールの確認票

貴所属団体名 _____

お名前 _____

1 次回部会（分科会）開催スケジュールについて

(1) 次回部会（分科会）開催希望日

ご都合が取れない日程に、×をつけてご回答願います。

※開始時刻は18：30または19：00を予定しております。

平成29年1月						
11日	12日	17日	18日	19日	20日	
(水)	(木)	(火)	(水)	(木)	(金)	

(2) 回答連絡先（いずれでも結構です。）

FAX：0138-32-1505

郵送：〒040-0001 函館市五稜郭町23番1号 市立函館保健所地域保健課
函館市医療・介護連携推進協議会事務局 行き

E-mail： iryo-kaigo@city.hakodate.hokkaido.jp