

## 次回スケジュールの確認票

貴所属団体名 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

## 1 次回協議会開催スケジュールについて

## (1) 次回協議会開催希望日（10月）

ご都合のよろしい日程に、○をつけご回答願います。

※開始時刻は19：00を予定しております。

平成27年10月				
21日	22日	23日	26日	29日
(水)	(木)	(金)	(月)	(木)

## (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