

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（5月）

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19：00を予定しております。

平成28年5月						
10日	11日	12日	17日	18日	19日	20日
(火)	(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