

# 大阪地域医療ケア研究会 2004年度総会及び第2回セミナー参加申込書

1. 会員    2. 会員ではない（いずれかに○印をつけて下さい）

|   |      |   |                    |  |
|---|------|---|--------------------|--|
| ① | フリガナ |   | 団体名・職場             |  |
|   |      |   |                    |  |
|   | 連絡先  | 〒 | TEL    (    )    — |  |
|   |      |   | FAX    (    )    — |  |
| ② | フリガナ |   | 団体名・職場             |  |
|   |      |   |                    |  |
|   | 連絡先  | 〒 | TEL    (    )    — |  |
|   |      |   | FAX    (    )    — |  |
| ③ | フリガナ |   | 団体名・職場             |  |
|   |      |   |                    |  |
|   | 連絡先  | 〒 | TEL    (    )    — |  |
|   |      |   | FAX    (    )    — |  |
| ④ | フリガナ |   | 団体名・職場             |  |
|   |      |   |                    |  |
|   | 連絡先  | 〒 | TEL    (    )    — |  |
|   |      |   | FAX    (    )    — |  |
| ⑤ | フリガナ |   | 団体名・職場             |  |
|   |      |   |                    |  |
|   | 連絡先  | 〒 | TEL    (    )    — |  |
|   |      |   | FAX    (    )    — |  |

※ 用紙が足りない場合はコピーしてください。

● **申込方法について**

必要事項をご記入の上、10月29日（金）までに下記連絡先あてFAXでお申込み下さい。

● **連絡先**

「大阪地域医療ケア研究会」事務局

〒556-0028 大阪市浪速区久保吉 2-2-3 大阪府福祉人権推進社センター（ヒューマインド）内  
TEL 06-6561-4199 / FAX **06-6561-4211** 地域福祉推進グループ（東本）