

大阪地域医療ケア研究会 「2005年度総会」及び「記念講演」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 () —

※ 用紙が足りない場合はコピーしてください。

本講演への申込の際にいただいた個人情報については、個人情報保護関係法令等を遵守し、本講演への参加調整事務以外の目的には使用いたしません。なお今後、同様の講演会の案内を送付いたしますが、不要な方はお申し出ください。

- 申込方法について
必要事項をご記入の上、6月24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
地域福祉推進グループ(山口)
TEL 06-6561-4199 FAX 06-6561-4211