

＊ ＊ 参加申込書 ＊ ＊

『医療も！介護も！住み慣れた環境で』



オンライン上映申込書（お電話でも受付ます）

氏名（ふりがな）	電話番号	メールアドレス	備考
			市民・医療関係者※・介護従事者※ その他 ※職種（ ）
			市民・医療関係者※・介護従事者※ その他 ※職種（ ）
			市民・医療関係者※・介護従事者※ その他 ※職種（ ）
			市民・医療関係者※・介護従事者※ その他 ※職種（ ）

※職種：医療・介護従事者は（ ）内に職種をご記入ください。

※メールアドレスは、はっきりと大きくお書きください。

<映画視聴について>

◆2月19日に下記センターから視聴に必要なURLをメールアドレスに送信します。

◆視聴可能期間は2月19日（金）～2月25日（木）までです。

締め切り：令和3年2月15日（月）

お申込み先：筑紫医師会在宅医療・介護連携支援センター

電 話 092-408-1267

FAX 092-408-1268 ← 必要事項を記載してください。

FAX 092-408-1268

このままFAXでお送りください