

大阪地域医療ケア研究会 2004年度総会及び第1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、6月28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）