

令和5年6月16日(金)  
三浦市医師会在宅医療セミナー  
受講申込書

送付先：三浦市医師会事務局

**FAX：881-2392**

《申込期限：令和5年6月6日（火）》

申込日：令和 年 月 日

所属機関名	
職種 ※○を付けてください。	医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護師・リハビリテーション専門 職・管理栄養士・栄養士・歯科衛生士・介護職、社会福祉士、 その他（ ）
氏名	
所属機関住所	
連絡先電話番号	
連絡先FAX	
E-mail	

\*複数人のお申し込みの場合は、お手数ではございますが本書をコピーしていただき、  
職種ごとにご記入の上、お申し込みくださいますようお願い申し上げます。

**問い合わせ及び申し込み先**

**三浦市医師会事務局**

TEL046-881-2376/FAX046-881-2392

E-mail me156301@pastel.ocn.ne.jp