

平成 28 年度 医療・介護連携推進「モチベーションアップ研修会」(H28.7.24)

事業所名(医療機関名)

連絡担当者

電話

F A X

NO	所 属	氏 名	職 種	備 考
1				
2				
3				
4				
5				

申込先 宿毛市医療・介護・福祉連携協議会事務局（宿毛市地域包括支援センター） 締切 7月19日（火）  
〒788-0012 宿毛市高砂4番56号 電話0880（65）7665 FAX0880（65）7663  
Email : sfuku@mb.gallery.ne.jp