

※送信票をつけずにこのままFAX送信願います。

医療法人喬成会花川病院 地域連携相談センター宛

FAX (0133)76-2737

**第22回石狩リハビリテーション地域連携懇話会 参加申込書**

| お名前 | 職種 | 施設名 |
|-----|----|-----|
|     |    |     |
|     |    |     |
|     |    |     |
|     |    |     |
|     |    |     |
|     |    |     |
|     |    |     |
|     |    |     |
|     |    |     |
|     |    |     |

**令和2年1月24日(金)までにお申し込みください**

■お問い合わせ  
花川病院地域連携相談センター  
(0133)76-2727

