

送付先： ※添書不要

県北保健福祉事務所高齢者支援チーム行き

FAX 024-534-4325

(別紙)

## 高齢者の自立支援に向けた地域ケア会議理解促進講演会 参加申込書

## (10/10 福島市公会堂)

【申込期限：平成29年9月22日(金)】

団体(職種)名：

所属名：

担当者名：

電話番号：

## 1 出席者

所属名	職名	氏名	備考

※欄が不足する場合は、追加してください。

2 自立支援型地域ケア会議に関して、確認したい事項がありましたら記載してください。