FAX返信用　(※送信表は不要です)　　　　　　　　　FAX番号　　０９５－８２３－９０００

長崎市在宅支援リハビリセンター（小島・茂木・戸町・小ヶ倉地区）行

第3回長崎市在宅支援リハビリセンター医療・介護従事者合同研修会

１．開催日時：　平成３０年10月25日(木曜日)　１９時００分～２０時３０分

２．開催場所：　医療法人　博和会　サテライト型小規模介護老人保健施設

サンブライト愛宕Ⅱ　通所リハビリテーション事業所

参加　　・　　不参加

○事業所名と出席者名をご記入下さい。（お名前はフルネームでご記入をお願い致します。）

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 職種 | 氏名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※申し訳ございませんが、平成30年10月19日(金曜日)までにFAXにて返信を

お願い致します。研修会開催の趣旨の中に地域の事業所間における顔の見える関係作りも

含まれているため、欠席される場合にも返信のご協力よろしくお願い致します。

以上