

FAX 41-9981

藤沢市在宅医療支援センター

令和7年度 第2回

多職種懇談会（11月6日）

申込書

申込者氏名	職種
(ふりがな)	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護職 介護職 ・ ケアマネジャー ・ 社会福祉士 事務職 ・ その他()
申込者氏名	職種
(ふりがな)	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護職 介護職 ・ ケアマネジャー ・ 社会福祉士 事務職 ・ その他()
申込者氏名	職種
(ふりがな)	医師 ・ 歯科医師 ・ 薬剤師 ・ 看護職 介護職 ・ ケアマネジャー ・ 社会福祉士 事務職 ・ その他()

【 勤務先名称 】

【 連絡先(電話番号) 】 ご連絡を取りたい時の連絡先としてどちらかにご記入ください。

勤務先 :
個人連絡先 :

【 所属 】

- ・ 病院診療所 ・ 歯科医院 ・ 薬局 ・ 訪問看護ステーション ・ 地域包括支援センター
- ・ 居宅介護支援事業所 ・ 入居施設 ・ 介護事業所 ・ 社会福祉協議会 ・ 行政
- ・ その他()