

第6回ショートステイ連絡協議会 参加申込書

記入日： 月 日

勤務先	名称				
	所在地	〒			
	電話番号		FAX番号		
1	フリガナ				性別
	氏名				男・女
	役職名		職種		
2	フリガナ				性別
	氏名				男・女
	役職名		職種		
3	フリガナ				性別
	氏名				男・女
	役職名		職種		
4	フリガナ				性別
	氏名				男・女
	役職名		職種		
5	フリガナ				性別
	氏名				男・女
	役職名		職種		
送付先	社会福祉法人 愛徳福社会 大阪発達総合療育センター 地域医療連携部 山村・佐藤 宛 FAX番号：06-6699-8734 e-mail：yamamura@osaka-drc.jp				