**令和４年度在宅療養あんしん病院登録システム**

**説明会　　出席者連絡票**

|  |  |
| --- | --- |
| **所属名** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **出席者**  **①** |  |  |
| **所属・役職** |  |
| **電話番号** |  |
| **ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※② |  |  |
| **所属・役職** |  |

**※Zoom定員の都合上、ご出席は１団体当たり２名まででお願いいたします。**

**※Zoomの参加案内をいたしますので、メールアドレスは必ず記入願います。**

|  |
| --- |
| **在宅療養あんしん病院登録システムについて何か御意見があればお聞かせください。** |

**申込み期限：令和４年８月４日（木）まで**

**京都地域包括ケア推進機構**　行

**MAIL**：houkatu3@pref.kyoto.lg.jp

**F A X**：075－822－3574