**別紙**

**医療・福祉の連携・協働に関する研修会**

**参加申込書**

**【参加者】**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 連絡先電子メールアドレス |
|
|  |  |

**【通信欄】**

|  |
| --- |
|  |

参加申込先

　岩手県社会福祉士会地域共生社会委員会 担当：斉藤

　電話：080-1842-1656、電子メール：yutakasaitou5222@gmail.com