

令和5年度 高知市医師会 包括ケア医部会  
第4回 プチ勉強会 参加申込書

日時：令和6年2月24日(土) 午後3時～

場所：総合あんしんセンター3階大会議室

施設名称		
氏名		職種
氏名		職種
氏名		職種

※ 申込書につきましては、準備の都合上、令和6年2月16日(金)までにご返信下さいますようお願い申し上げます。

※ 参加者の範囲：在宅医療に取り組んでいる医師や、これから取り組もうとされている医師及び医療関係者(参加者多数の場合、包括ケア医部会会員優先)

返信先：高知市医師会事務局 包括ケア医部会 行

FAX 088-872-7262

【問い合わせ先】  
高知市医師会事務局担当：室巻  
TEL:824-8311/FAX:872-7262