

- 1 医師、診療所、病院との連携で上手くいかなかった事例や難しいと感じること、医師への要望等を具体的にお教えてください。

- 2 医師、診療所、病院との連携で上手くいった事例やこの方法で上手く連携している等を具体的にお教えてください。

ご協力ありがとうございました。

参加希望の方は下記項目をご記入の上、平成30年 12月 28日(期限厳守)までに事務局まで返信頂きますよう、お願い致します。

返信先:事務局 FAX 06-4309-7535(直通)

氏名 \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_

住 所 ( 勤務先 ・ 自宅 )

〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_