

# 第5回 福井市地域包括ケア勉強会

## 参加申込書

日時：2017年7月4日（火） 19:00～

場所：福井県医師会館 1階 小ホール

福井市大願寺3-4-10

＜ FAX送信先 ＞  
宛先 福井市医師会  
FAX 0776-22-0347

ご施設名	
代表者名	
タクシーチケット	要 ・ 不要
ご参加人数	名

※ご出席いただけます場合は、各種手配の関係上、  
たいへん恐縮ではございますが、ご記入のうえ、  
**6月26日(月)**までにFAXをいただけますと幸いです。

バイエル薬品株式会社