

福井市地域包括ケア研修会

「福井市の地域包括ケアを考える

～地域で取り組むアドバンスケアプランニング (ACP) の実現に向けて」

< 出欠回答票 >

所属機関名	
-------	--

氏名	職種

※別紙アンケートのご協力お願いいたします。

アンケートには参加方全員それぞれにご回答ください。

(アンケート用紙はコピー参加者全員ご回答くださいますようお願いいたします)

