**<お申込み・お問合わせ＞**

**ＦＡＸ**

**高島市医師会在宅療養支援センター**

**担当：**清水

高島市医師会事務局行

**ＦＡＸ：０７４０-２0-９００６**

**電話：２０－９００５**

**医療に関する勉強会　参加申込書**

**◆申込期限**　　**各開催日の2日前まで**

**＊参加希望日に○をお願いします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **【事業所名】**　　　　　　　　　　　**【電　話】** | | |
| 氏　　名 | 職　　種 | 参加希望日 |
|  |  | 9/26　10/31　11/28 |
|  |  | 9/26　10/31　11/28 |
|  |  | 9/26　10/31　11/28 |

**講師への質問**

皆さんの質問をもとにＱ＆Ａを中心とした研修を行ないます。

脳卒中について、病気のことや薬、食事やリハビリなど、日頃聞きたいと思っていることを気軽にお寄せください。

**リハビリの先生に Ｑ**

**薬剤師さんに Ｑ**

**Ｑ**

**先 生 に**

**Ｑ**

**栄養士さんに Ｑ**