

<別紙>

京都式オレンジプラン「10のアイメッセージ」評価協力者研修会

参加者報告書

出席 希望会場	希望会場に <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします。 <input type="checkbox"/> 北部会場 日時：平成29年5月23日（火）14:30～17:10 場所：サンプラザ万助（福知山市） <input type="checkbox"/> 南部会場 日時：平成29年5月30日（火）14:30～17:10 場所：京都府医師会館（京都市中京区）
------------	--

事業所名	
所在市町村名	
電話番号	

参加者氏名	



【FAX 返送先】

京都地域包括ケア推進機構事務局
FAX 番号：075-822-3574

返送期限：【北部会場】平成29年5月17日
【南部会場】平成29年5月24日