

第23回 南多摩保健医療圏地域保健医療福祉フォーラム

コミュニケーションシート

発表内容に対する質問、感想等を、このシートにより受付け、発表者へお伝えします。
現場への応援メッセージも大歓迎！！

ご質問等の宛先	番号	発表者所属・氏名
---------	----	----------

この内容を南多摩保健所ホームページに掲載してよろしいですか？ (掲載内容は個人が特定できないようにいたします。)	どちらかに✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
---	---

発表者からの回答・連絡を希望の場合は、下記にもご記入ください。

(ふりがな) お名前	(氏)	(名)	ご職種※ (▼から選択) その他の場合()に ご記入ください。()
---------------	-----	-----	--

ご連絡先	ご所属・部署		
	TEL		FAX
	E-mail		

発表者から直接、連絡・回答してよろしいですか？ (必ず回答される訳ではありませんので、あらかじめご了承ください。)	どちらかに✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ
--	---

※職種 ▼(プルダウン)は
医師、歯科医師、看護師、助産師、保健師、薬剤師、管理栄養士・栄養士、社会福祉士、精神保健福祉士、作業療法士、理学療法士、聴覚・言語療法士、歯科衛生士、ソーシャルワーカー、保育士、主任介護支援専門員・介護支援専門員、事務、その他 です

送信先：S0000344@section.metro.tokyo.jp 2月28日(火曜日) 〆切
(東京都南多摩保健所 企画調整課企画調整担当)

※ メールの場合、件名に「フォーラム(記入者名)」と入力し、送信してください。
メールの送信ができない場合はFAX(042-375-6697)でも受付します。送り状をつけて送信ください。