



FAX 送信先

柏市役所 保健福祉部 地域医療推進課

04-7197-1511

<p>(ふりがな) 団体名</p>	
<p>(ふりがな) 代表者氏名</p>	
<p>代表者 連絡先</p>	<p>電話： — —</p> <p>FAX： — —</p> <p>E-mail:</p>
<p>活動場所</p>	<p>施設名：</p> <p>住 所：</p>
<p>希望日時</p>	<p>希 望 日： 月 日 ()</p> <p>希望時間帯： : ~ :</p>
<p>聞いてみたい項目がある場合には、□にチェックをしてください。 (複数回答可)</p>	<p><input type="checkbox"/> 訪問診療について医師から説明を受けたい</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問看護師って何をするの？</p> <p><input type="checkbox"/> □腔ケアについて</p> <p><input type="checkbox"/> 家でもできる簡単な運動を知りたい</p> <p><input type="checkbox"/> 薬の管理・指導をしてほしい</p> <p><input type="checkbox"/> 在宅医療・介護サービスを受けるにはまず何をしたらいいのか</p> <p><input type="checkbox"/> これからの食事、栄養バランスについて知りたい</p>