

平成 29 年度福岡県医療保護入院者退院支援委員会への地域援助事業者等参加促進事業

退院促進のための情報交換会

申込 FAX 用紙 締切 1/15 (月) まで

申込先：FAX092-523-6848 福精協事務局行

病院名 _____

ふりなが 氏 名	職 種	退院促進の取組 経験の有無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無
		有 ・ 無

※本用紙が不足の場合はコピーして使用してください。

申込み後のキャンセル等がある場合は、必ずご連絡をお願いします。

連絡先：TEL092-522-6062 福精協事務局

主催：一般社団法人 福岡県精神科病院協会

協力：福精協精神保健福祉士会