

送信先 千歳市在宅医療・介護連携支援 センター FAX 011-351-5601	発信元 所属 担当者氏名 連絡先
---	---------------------------------------

ケア・カフェ～わかば～
「プロフェッショナル-若手の流儀-」

所 属	氏 名	職 種

※ 参加申込み締め切り 平成 30 年 9 月 25 日 (火) 迄 とさせていただきます。