

(添書不要)

FAX 番号 : 0 2 3 - 6 2 4 - 8 3 9 8

山形市長寿支援課 高橋栄 行

平成 2 9 年度 医療福祉研修会

参加申込書 (8 月 2 3 日 済生館 開催分)

平成 年 月 日

所属名 (事業所名・住所等)	
連絡先 (電話番号)	
連絡者氏名	
参加者氏名 (職名)	()
	()

※参加申込多数の場合は、1事業所あたりの参加人数を制限させていただく場合がありますので、ご了承ください。

申込締め切り : 平成 2 9 年 8 月 1 8 日 (金)