

平成 年 月 日

申込締切 7月5日(金)まで

青森県介護実習・普及センター 佐藤 宛て

FAX: 017-774-3235

施設名等 _____

住 所 〒 _____

記入者名 _____

電 話 _____

F A X _____

平成25年度介護者向けフォーカスセミナー
「在宅医療と地域連携」

受講申込書

No	氏 名	資 格
1		
2		
3		
4		

【留意事項】

- 受講定員を超える場合は、原則、先着順とし、主催者において調整いたしますので御了承ください。
- 記入欄が足りない場合は、コピーしてお使いください。