

施設研修会 参加申込用紙

施設名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

	参加者氏名	職種
1		
2		
3		

\*当日ご質問したいことなどがありましたらご記入ください。\*

---

---

---

---

---

---

\*\*お問い合わせ先\*\*

秋田厚生医療センター 地域連携センター (担当 小松、田口、金)  
〒011-0948 秋田市飯島字西袋 1 丁目 1-1  
TEL018-880-3050 FAX018-857-2324

\*なるべくFAXでご返事いただければ幸いです、Eメールで申込みの方は下記まで上記内容を送信ください。

chiikirenkei@akikumihsp.com