

【FAX 送信票不要】

< 送付先 >

香川県精神保健福祉士協会事務局
医療法人社団以和貴会いわき病院 村富宛
FAX 087-879-1080

年 月 日

3 月 定例研修会 参加申込書

所 属 :
氏 名 :
経験年数 :
連絡先 (所在地) : (TEL) :
参加するものすべてに○をつけてください 研修会に参加します * 親睦会に参加します
通信欄

申込み締切:3月18日(月)