

ヘルスアップ勉強会

「参加確認票」

日 時：別紙参照

会 場： 当院デイナイトケアセンター 第一ホール
参加申込締め切り：各回前日までをお願いいたします

参加申込方法：TEL072-365-8118(デイケア直通)
FAX072-365-9585(デイケア直通)

参加希望月	
所 属 名	
参 加 者	氏(ふり) 名(がな)

	職名
	氏(ふり) 名(がな)

職名	
連 絡 先	TEL(必須)
	FAX(可能であれば)