

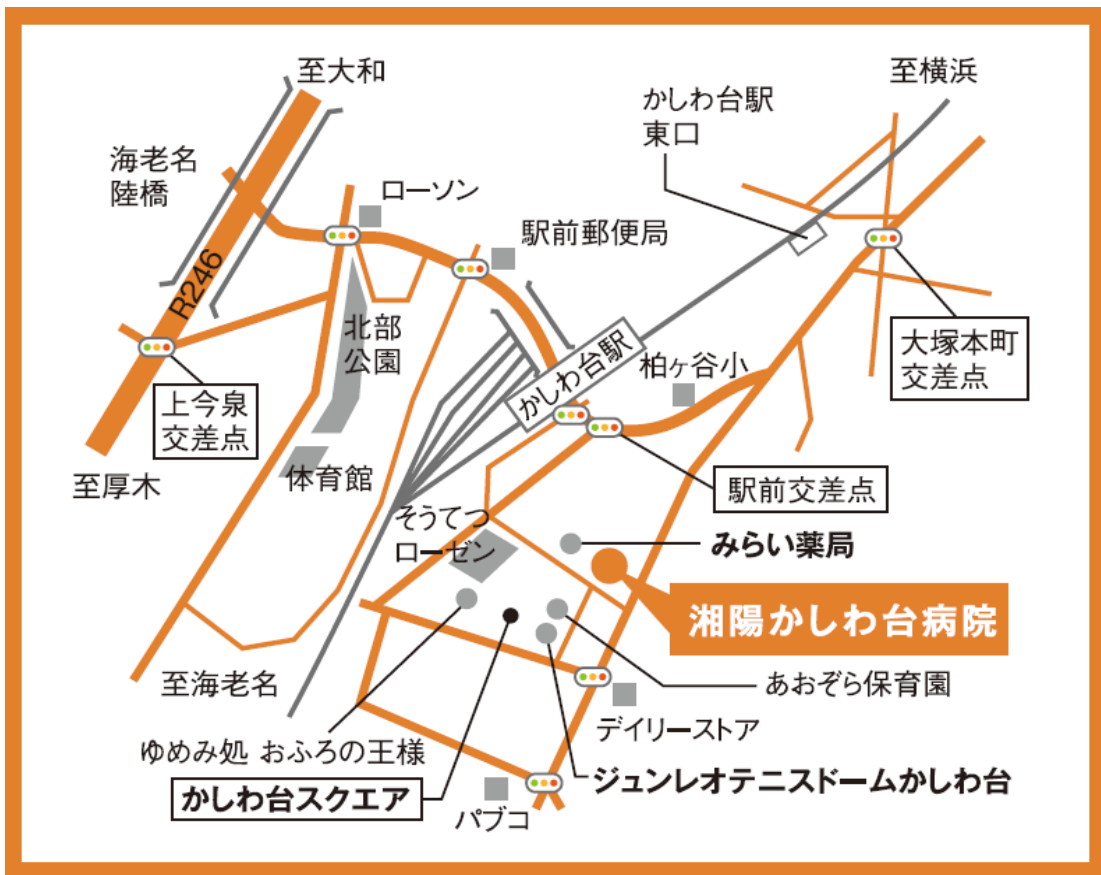
FAX番号: 046-292-5880

10月12日(水) 医誠会 在宅医療講習会 参加申込票

●所属の事業所名、お名前、職種

事業所名:

名前	職種
名前	職種
名前	職種
名前	職種
名前	職種



※正面玄関よりお入り頂き、受付にて講習会参加の旨お伝えください。