

「障害者・高齢者の感染症について」講座 申込用紙

FAX 送信先 0798 - 47 - 4566

申込日： 月 日

お名前	☆複数でお申込みされる場合は、この欄に全員のお名前をご記入ください
所 属	<input type="checkbox"/> 一般の方（ご家族等） <input type="checkbox"/> 医療福祉関係者 勤務先： 職 種：
ご連絡先 （代表者）	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 — —

参加受付締切 . . . 2014年9月22日（月）

お問い合わせ先

西宮すなご医療福祉センター 育成課 谷口，北村

TEL：0798 - 46 - 4351

FAX：0798 - 47 - 4556