

## 令和6年度介護対応研修会申込書【会場参加用】

(FAX番号 024-524-1323)

締切 2/17 (月)

令和 年 月 日

所属名 (勤務先)

担当者氏名

電話番号 ( )

F A X ( )

会場にて集合受講の申込である事を確認いたしました  
(上記確認後右の枠に☑を記入ください)

No.	所 属 (勤務先)	職 種	氏 名
1			
2			
3			
4			
5			

※ お手数でも枠内をすべてご記入いただき、FAXにてご送付ください。

※ 会場定員 (30名) になり次第締切となりますのでご了承ください。

※ こちらは「福島県歯科医師会館」集合にて参加の申込書となります。オンラインで申し込みの場合は、本会ホームページよりお申し込みください。