

報告先：FAX 017-723-1095

青森県国民健康保険団体連合会 齋藤 行 ※送付文書は不要です

平成30年度保健活動研修会参加報告書

市町村名・施設名

報告者氏名

連絡先電話番号

1. 出席者

所属課・係名等	職名	氏名

※1) 申込者多数の場合は、会場の都合上、人数の調整をさせていただく場合があります。

※2) ご記入いただいた事項は、出席者名簿に掲載いたしますので予めご了承ください。

※3) 報告後に欠席となる場合はその旨連絡願います。

2. 質疑事項

質疑事項があればご記入ください。研修会当日に回答させていただく予定です。

— 報告期限 平成30年6月4日(月) —

報告先

青森県国民健康保険団体連合会

事業振興課保健事業係 担当：齋藤(内196)

TEL 017-723-1336

FAX 017-723-1095

E-mail kokuho@aomori.kokuhoren.jp