

別紙

申込先：青森県健康福祉部こどもみらい課
家庭支援グループ 工藤 行
FAX：017-734-8091

平成30年度東北・北海道地区母子保健事業研修会 参加申込書

【担当者】

所属名 _____

職・氏名 _____

電話番号 _____

【参加者】

所属	職名	氏名	備考

○締切日 平成30年10月5日(金)まで