

F A X 送 信 票	
送信先	青森県 健康福祉部 保健衛生課 感染症対策グループ 木村 行き
F A X	0 1 7 - 7 3 4 - 8 0 4 7

**平成30年度結核医療関係者研修会
参加申込書**

施設名 : _____

住 所 : _____

T E L : _____

記入者氏名 : _____

職名または職種	氏 名

※申込期限 平成30年10月26日(金)

※定員(100名)を上回る申込があった場合は、参加人数を調整させていただきます。