

# 受講申込書

研修日時	研 修 名
11月26日(月) 13:00~16:00	第18回地域包括ケア・フォーラム in 青森

平成 年 月 日

青森県立保健大学  
地域連携・国際センター長 殿  
(FAX 017-765-2021)

代表者名 \_\_\_\_\_

下記の者に上記研修を受講させたいので申し込みをします。

職名・氏名 <small>ふりがな</small>	
勤務先	
勤務先 住所等	住所：〒 _____ Tel _____ Fax _____
備 考	

連 絡 先	
職名	
氏名	
TEL	
FAX	
メールアドレス	

FAXによる申込締切：11月16日(金)