

参加申込書

申込日 平成 年 月 日

※〔申込締切り〕 研修当日の2週間前まで

参加希望 研修会	研修会 No. [] 第 [] 回 医療・介護関連施設職員研修会 平成 年 月 日 開催予定			
御施設名				
住 所	(〒 -)			
	TEL () - FAX () -			
出席者	フリガナ		職 種	
	御氏名			
出席者	フリガナ		職 種	
	御氏名			

事前に質問をお受けします。質問・疑問等があれば下記に記入してください。

質 問 内 容	
------------------	--

※当日、お車でお越しの方は無料処理をいたしますので、駐車券を会場まで御持参ください。

※参加申し込みが多数の場合はお断りさせていただくことがあります。その場合は御連絡させていただきます。

〔個人情報について〕・・・御記入いただきました個人情報の取り扱いについては、個人情報保護方針に則り
厳重に管理いたします。

【お問い合わせ・お申し込み先】

高松市立みんなの病院 地域医療・患者支援センター

医療・介護関連施設職員研修会 担当 / 谷野 上月 たにの こうづき

TEL 087-813-7171 (代) FAX 087-813-7699 (直通)