

(このまま送信ください。送信票は不要です。)

平成28年度食生活・口腔ケア支援者研修

(2月2日) 申込書

FAX: 0467-24-4379

※FAX番号はお間違えのないよう十分御注意ください

鎌倉保健福祉事務所 保健福祉課 行

締切日:平成29年1月26日(木)

所属名

担当者名(ふりがな)

連絡先TEL

氏 名 (ふりがな)	職 種

申込多数の場合は調整させていただきます。

特に連絡のない場合は、そのまま受講いただけます。直接会場にお越しください。

ご質問・連絡事項がありましたらご記入ください。

申し込み・問合せ先

鎌倉保健福祉事務所 保健福祉課 有村・澤野

電 話 0467-24-3900 (内線 244・245) FAX 0467-24-4379

E-mail Kamahofuku.1578.hofukuh@pref.kanagawa.jp