

(別紙1) 送信票不用

FAX 送信先:0997-62-2535

龍郷町地域包括支援センター 森田・満永 宛

平成29年度龍郷町医療・介護事業所職員研修会

参加申込書

平成29年12月2日(土)

時間:午後2時~午後4時

場所:保健福祉センター 「どうくさあや館」

所属機関名		
所属機関連絡先		
担当者様氏名		
職 種	参加者氏名	懇親会の出欠

*** 懇親会のお知らせ**

平成29年12月2日(土)午後6:00~ 場所:てっちゃん 会費3000円

参加の有無は、上記の表に○か×でお願いします。

講師の先生とゆっくりお話ができます。多数の参加をお願いします。

