



FAX 077 (536) 5211

平成30年度 第1回保健医療従事者研修会参加申込書

団体名 _____ 記入者名 _____

所属 _____ 電話番号 _____

所属	職種	役職	お名前
例) ○○部	看護師	主任	財団 花子

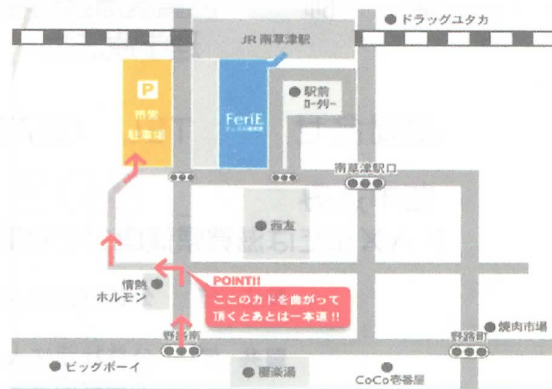
*FAX受領後、参加していただける場合はご連絡いたしません。

会場 草津市立市民交流プラザ 中会議室および和室
 (フェリエ5階)
 草津市野路1-15-5 ・ JR琵琶湖線<南草津駅>直結

■電車でお越しの場合



■車でお越しの場合



* 個人情報[※]は財団が定める「個人情報の取り扱いについて」

に従って適切に保管し、この研修運営以外の目的では使用致しません。