

FAX (077)536-5211

平成30年度 第2回保健医療従事者研修会参加申込書

団体名 \_\_\_\_\_ 記入者名 \_\_\_\_\_

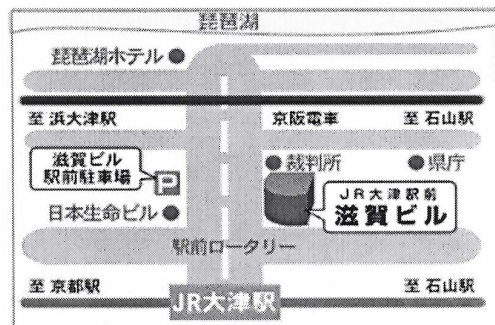
所属 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

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**  
滋賀ビル9階 比叡の間  
(大津市梅林1-3-10)

\* JR 大津駅 徒歩1分



※公共交通機関のご利用にご協力をお願いします。

\* 個人情報は財団が定める「個人情報の取り扱いについて \*財団ホームページでご確認いただくことができます。」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。