

参加申込書

F A X 0 4 7 - 4 5 7 - 7 1 5 3

令和2年度 アルコール健康障害に関する 医療機関職員研修会

令和2年12月9日(水)締め切り

※定員(40名)になり次第締め切りとさせていただきます。

施設名 _____ ご担当者名 _____

電話番号 _____ FAX 番号 _____

氏 名	職 種 (○で囲う)	連絡先メールアドレス
	医師・薬剤師・保健師・看護師・准看護師 看護補助・社会福祉士・PSW・作業療法士 心理職・理学療法士・介護支援専門員・事務 介護福祉士・その他()	

申込書受理後に FAX で御返事をいたします。