

(別紙)

FAX 送信先：0952-30-3464 (送信状は不要です)

佐賀中部保健福祉事務所 健康指導担当 穴井 行

「C型肝炎等に関する保健指導従事者研修会」参加申込書

平成30年1月16日(火) 19:00~21:00 (受付 18:30~)

佐賀中部保健福祉事務所 別館 2階会議室

*平成30年1月10日(水)までにFAXにてご回答ください。

平成 年 月 日

施設名

連絡先 TEL

申込者名

出席者名	出席者職種 (○で囲んでください)
	医師・看護師・保健師・管理栄養士・栄養士・社会福祉士 薬剤師・事務・臨床検査技師・その他 ()
	医師・看護師・保健師・管理栄養士・栄養士・社会福祉士 薬剤師・事務・臨床検査技師・その他 ()
	医師・看護師・保健師・管理栄養士・栄養士・社会福祉士 薬剤師・事務・臨床検査技師・その他 ()
	医師・看護師・保健師・管理栄養士・栄養士・社会福祉士 薬剤師・事務・臨床検査技師・その他 ()

*今回の個人情報、出席者名簿作成および集計のみに使用します。

【佐賀中部保健福祉事務所：佐賀市八丁畷町 1-20】

