つまり地域多職種協働セミナー２０１８

参加申込書　FAX025-752-7020

フリガナ 氏　名	（　　才）男・女	生年月日	年　　月　　日
住　所	〒　　－		
電話番号		メール	
学校名		学部 学科	
学年	年生　　大学院　　年生	目指す職種	
食物アレルギー	有・無 食事の際に注意すべき点		
その他	事務局に伝えたいことなど		

記入上の注意

〇連絡先にセミナーの要項を送付しますので、確実に手元に届く住所を記載願います。

〇諸連絡はメールで行います。アドレスは間違いのないように記入してください。

〇個人情報の使用は、本セミナーに関することのみ使用します。

〇問い合わせ　妻有地域包括ケア研究会　事務局　十日町市社会福祉協議会 内
〒948-0082　十日町市本町2丁目226-1
電話025-750−5010　FAX　025-752-7020　担当　水落　長野
メール：home@tkm-shakyo.or.jp