

# 7月28日（金）14時～ （事務部会）研修会 申込書

今回、参加申し込みいただきありがとうございます。

この申込書で 5人まで 登録できます。 ※鏡文不要 【×切：7/25】

ふりがな	
氏 名（※必須）	
所 属 名 と 職 種	
連 絡 先（※必須）	

ふりがな	
氏 名（※必須）	
所 属 名 と 職 種	
連 絡 先（※必須）	

ふりがな	
氏 名（※必須）	
所 属 名 と 職 種	
連 絡 先（※必須）	

ふりがな	
氏 名（※必須）	
所 属 名 と 職 種	
連 絡 先（※必須）	

ふりがな	
氏 名（※必須）	
所 属 名 と 職 種	
連 絡 先（※必須）	

**FAX：097-586-5656**

（井野辺病院 大分県病院協会 研修事務局宛）