

送信先:熊本県介護支援専門員有明支部

事務局 鴻江病院 小阪

FAX:0968-62-0591 (FAX送信票不要)

平成 年 月 日

参加申込書

事業所名	
TEL	
FAX	

参加者名

氏名	氏名

※参加申込み締切日 平成22年9月10日(金)まで