

FAX送信票 兼 研修会参加申込書

FAX番号 087-822-6023

切日 平成29年12月22日(金)

香川県保険者協議会 丸橋 行

所属名 ()

氏名 ()

連絡先 ()

平成29年度保健指導実践者スキルアップ研修会
参加者名簿

所属名	職名	職種	氏名

日時：平成30年1月31日(水) 13時~16時15分

場所：香川県自治会館 7階 会議室