

「山形県看護協会性の健康教育」申込書

平成 年 月 日

山形県看護協会長 殿

団体等の名称

代表者氏名

印

次の事項により申し込みます。

(連絡先) 住 所	〒
担当者氏名	
電話番号	
F A X 番号	
E-mail アドレス	
開催希望日時	月 日 () 時 分 ~ 時 分
会場名	
会場所在地	
会場電話番号	
講座の名称	
講座の対象	
参加人数	
具体的内容	
講師の人数	

必要事項をご記入のうえ、郵送でお送りください。

申込先

〒990-2473 山形市松栄一丁目5番45号

社団法人 山形県看護協会 事業課

電話番号 023-685-8033

