

富山市まちなか総合ケアセンター 谷川 行
(FAX 461-3604)

富山市医療介護連携研修会（11月2日）参加申込書

事業所名 _____

申込担当者 _____

TEL _____

FAX _____

次のとおり参加申込します。

	氏名	職種
1		

- ※ 平成29年10月23日（月）までにFAXで申し込んでください。
- ※ 各事業所1名でお願いいたします。
- ※ 応募多数の場合は、先着順になります。
- ※ お席に限りがありますので、ご希望の場合は必ずお申込みください。
- ※ D-パーキング駐車の場合は、1時間無料となります（1時間以降30分/100円）。