

ヘルスアップセミナー

『参加確認票』

日 時： 別紙参照

会 場： 当院デイナイトケアセンター 第一ホール

参加申込〆切： 各回前日までにお願いいたします

参加申込方法 TEL 072-365-8118 (デイケア直通)

FAX 072-365-9585(デイケア直通)

参加希望月	
所 属 名	
参 加 者	氏(ふり) 名(がな)
	職名
	氏(ふり) 名(がな)
	職名
連 絡 先	TEL(必須)
	FAX(可能であれば)