

送信先FAX:0562-92-9983

※この用紙をFAXください

| | | |
|-----|----------------------|-------------|
| 送付先 | 豊明東郷医療介護サポートセンターかけはし | 担当 池田・河村 |
| 発信元 | 事業所名 | 電話番号 |
| | 代表者 | FAX番号 |

申込期限:3月8日(金)

第4回 かけはし一歩塾 参加氏名

| 氏名 | 職種 |
|----|----|
| | |
| | |