

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:6月1日(土)

第6回 かけはし一歩塾 参加氏名

氏名	職種