

FAX 0952-45-1959

(佐賀県もの忘れ相談ネットワーク)

事務局 山田智恵美 宛

*締切日 平成29年1月18日(水)

～佐賀県もの忘れ相談ネットワーク研修会～

申 込 書

開催日時:平成29年1月20日(金) 1900～

場 所 :佐賀県医師会 成人病予防センター3F講堂

所 属 名			
電 話 番 号	()		
ご氏名		職 種	
ご氏名		職 種	
ご氏名		職 種	
ご氏名		職 種	
ご氏名		職 種	
ご氏名		職 種	
ご氏名		職 種	
ご氏名		職 種	

お手数ですが本票をご記入いただきFAXにてお送り下さいますようお願いいたします。