

第6・7回 大分県地域ケア会議アドバイザー強化現任者研修会
申込票

送信先 FAX 097-529-8109

※参加希望の研修会に○をつけて下さい。両方とも参加の場合はどちらも○をつけて下さい。

	氏名	所属	職種	参加希望研修
1				第6回・第7回
2				第6回・第7回
3				第6回・第7回
4				第6回・第7回
5				第6回・第7回
6				第6回・第7回
7				第6回・第7回
8				第6回・第7回
9				第6回・第7回
10				第6回・第7回

※申込締切:令和元年12月8日(日)

問合せ先:

(公社)大分県言語聴覚士協会 事務局

〒870-0048 大分市碩田町1-1-27 3階

TEL:097-529-7105

E-mail: oita-st@swan.ocn.ne.jp