

研修申込書(FAX 0467-82-0501)

茅ヶ崎市保健所 保健企画課 市川宛て

申込み期限 平成31年1月9日(水)

平成30年度 第2回保健衛生研修 (H31/1/17)

所属名 _____

担当者名 _____

連絡先 _____

<参加者>

氏名	職種	職位

※ 定員を超えた場合のみ連絡させていただきますので、ご了承ください。

※駐車場の台数に限りがございますので、お車での来場はお控えくださいますようお願いいたします。

