

青森県健康福祉政策課行 ※送り状不要

FAX 017-734-8085

参加申込書

ふ り が な

氏名

お住いの

市町村・地区名

連絡先

TEL

MAIL

職種等

参加会場

8/19

青森会場

●

8/27

弘前会場

同伴者（ ）名 （改めての申し込みは不要です）

氏名

職種等

氏名

職種等

氏名

職種等