社会保険指導者講習会伝達講習会受講申込書

平成　　年　　月　　日

標記の講習会を受講します。

医療機関・施設名			
受講者氏名	職種	昼食 （お茶付 1000 円）	
		要	不要
		要	不要
		要	不要
		要	不要
		要	不要
		要	不要
		要	不要
		要	不要
		要	不要
		要	不要

福井県医師会御中

ＦＡＸ：０７７６－２１－６６４１