

# 研 修 会 申 込 書

申し込み日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

以下の必要事項をご記入のうえ、愛つばめ会まで FAX にてお申し込みください。

研 修 会 名	
フリガナ	
氏 名	
メールアドレス	
連絡先電話番号	
勤 務 先	
職 種 該当する職種に チェックして下さい	<input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 歯科助手 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> その他

## F A X 送 信 先

愛つばめ会 0894-39-1303