

参加申込書

申込代表者 所属 氏名

連絡先 TEL FAX

※次回研修会をメールで御案内させていただきたいと考えております。
ご希望の方は、代表者メールアドレスをご記入ください。

(e-mail)

| ふりがな お名前 | 所属（勤務先等） | 職種・職域など |
|-------------|----------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

申込先；帯広市健康推進課 FAX (0155) 25-7445

締切：平成27年6月5日（金）