

申込先：長浜米原地域医療支援センター宛

FAX/0749-65-2755

研修カレンダー掲載申込書

長浜米原地域医療支援センター事務局

申請者

所属

連絡先

※以下の項目について研修カレンダーに掲載してください。

研修タイトル	
開催日時	令和 年 月 日 ()
開催場所	
対象者 (職種など)	
定員	() 人
内容	
申し込みの方法	<input type="checkbox"/> 申込要 <input type="checkbox"/> 申込不要 FAX _____ TEL _____ 申込先 担当者
〆切期日	令和 年 月 日 ()
参加費の有無	<input type="checkbox"/> 無料 <input type="checkbox"/> 有料 () 円
主催 (共催) 団体名	
お問い合わせ先	