（20120418）

処理番号＿＿＿＿＿

一般社団　杉並区薬剤師会

「介護（おむつ）講習会」実施申込み書

講習対象者	□ 一般向け　□ 高齢者向け　□ 介護従事者向け	
希望日時	第１希望	平成　年　月　日（　曜日） 午前　午後　時　分 ～　時　分
	第２希望	平成　年　月　日（　曜日） 午前　午後　時　分 ～　時　分
連絡先	事業所名	
	住　所	
	電話番号	
	FAX 番号	
担当者氏名		
参加人数	名	
御希望内容 (内容により、ご希望に添えない場合があることを予めご了承下さい)		

上記ご記入後、当会事務局宛（下記）にご送付（FAX）ください。
ご不明な点がありましたら、お電話ください。

住所：〒167-0051 東京都杉並区荻窪 4-21-17
一般社団　杉並区薬剤師会事務局宛
TEL　03-3393-3080

FAX　03-3393-3557