

「介護（おむつ）講習会」実施申込み書

講習対象者	<input type="checkbox"/> 一般向け <input type="checkbox"/> 高齢者向け <input type="checkbox"/> 介護従事者向け		
希望日時	第1希望	平成 年 月 日 時 分 ～	（ 曜日） 時 分
	第2希望	平成 年 月 日 時 分 ～	（ 曜日） 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 <small>(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)</small>			

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