

令和7年度小田原保健福祉事務所足柄上センター 保健衛生研修

FAX用 申し込み用紙 【締切 11 月 19 日(水)】

・氏 名 _____

・職 種 ①管理栄養士 ②歯科衛生士 ③保健師 ④看護師

⑤事務職 ⑥その他()

・所属団体名 _____

・所 在 市 町 ①南足柄市 ②中井町 ③大井町 ④松田町 ⑤山北町

⑥開成町 ⑦その他()

・電 話 番 号 _____

・講師への質問がある方は記載してください。

()