

● ○ ● FAX送信票 ● ○ ●

大阪府看護協会 地域包括ケア事業部 行き

FAX : 06-6947-6901

No.607	フレイル予防とノルディック・ウォークのすすめ 定員 30 名(先着順)				
		令和 4 年 3 月 3 日(木) 9:30~12:00			
ふりがな				年齢	
代表者 氏名				性別 男・女	
代表者 住所	〒 ー				
代表者 電話番号	(日中、連絡が付きやすいご連絡先をご記入ください)				
グループで 受講される方が あれば ご記入 ください ※決定通知は 代表者へ送付	ふりがな		連絡先住所	年齢	性別
	氏名		〒		男・女
			☎()		
	ふりがな		連絡先住所	年齢	性別
	氏名		〒		男・女
			☎()		
	ふりがな		連絡先住所	年齢	性別
	氏名		〒		男・女
			☎()		
本研修を 何でお知りになりましたか (該当するものに☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 当協会のから案内 <input type="checkbox"/> 家族・知人に聞いた <input type="checkbox"/> その他()				
	上記で「チラシ」を選択された方は入手場所をお教えてください <input type="checkbox"/> 区役所 <input type="checkbox"/> 保健センター <input type="checkbox"/> 当協会 <input type="checkbox"/> その他()				

この講習について、ご質問のある方はご記入ください。

個人情報の取扱い: 本研修申込みで得た個人情報は、研修会に伴う書類作成・発送に用い、この利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことはありません。

*** 最新情報は当協会ホームページを CHECK !**

大阪府看護協会

検索