

F A X 送信先 0 9 9 - 8 0 3 - 7 0 2 6

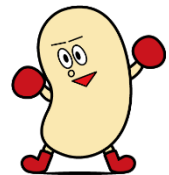
鹿児島市保健所 保健政策課 石川 宛 (送信票は不要です)

鹿児島市  予防ネットワーク

地区別研修会 in 西区 受講申込書

日時：平成31年2月19日（火）19：00～20：45

医療機関名 \_\_\_\_\_



※当てはまる方に○を

職種	氏名
医師・薬剤師・栄養士・看護師・保健師 他（ ）	
医師・薬剤師・栄養士・看護師・保健師 他（ ）	
医師・薬剤師・栄養士・看護師・保健師 他（ ）	
医師・薬剤師・栄養士・看護師・保健師 他（ ）	
医師・薬剤師・栄養士・看護師・保健師 他（ ）	
医師・薬剤師・栄養士・看護師・保健師 他（ ）	
医師・薬剤師・栄養士・看護師・保健師 他（ ）	
医師・薬剤師・栄養士・看護師・保健師 他（ ）	

申込み期限 平成31年2月12日（火）