

11月15日 第17回ケア・カフェいせ 参加申込書

代表者

勤務先	
フリガナ	
氏名	
電話番号	(定員に達したときの連絡の際に利用します)

2人目

勤務先	
フリガナ	
氏名	

3人目

勤務先	
フリガナ	
氏名	

4人目

勤務先	
フリガナ	
氏名	

5人目

勤務先	
フリガナ	
氏名	

*この情報は当日の参加申込に関することのみを使用いたします。

【FAX】 0596-28-2965

【お問合せ】 伊勢赤十字病院 総務課 清水 (TEL 0596-65-5002)