

# ～令和6年度地域在宅ケア研修会参加申込書～

必要事項を記入の上、下記まで申込みください。



(公財)千葉ヘルス財団 FAX : 043-224-8910

申込日：令和6年 月 日

ふりがな			
氏名	様		
住所	〒		
所属		職種	
電話番号		携帯電話	
FAX番号		メールアドレス	
ふりがな			
氏名	様		
住所	〒		
所属		職種	
電話番号		携帯電話	
FAX番号		メールアドレス	

研修会の参加が確定された方には、後日ご連絡をいたします。

お申込みに関するお問い合わせ先

公益財団法人千葉ヘルス財団〈千葉県健康福祉部疾病対策課内〉

TEL : 043-223-2663



※申込書に記入された個人情報につきましては、個人情報保護法に基づき、本研修会以外の目的には使用いたしません。