

地域医療を考える会事務局 宛
(小林市医療介護連携室内)

『地域医療ワーカー予備校』 参加申込書

FAX 23-4934
MAIL iryou@city.kobayashi.lg.jp

締切:11月15日(金)

学校名/所属名 _____

No.	お名前	連絡先
1		
2		
3		
4		
5		

※当日参加も可能ですが、人数把握のため事前申込いただけると幸いです。
※小学生・中学生は保護者同伴での参加となります。