

令和5年 月 日

青森県医師会附属健やか力推進センター 行
メール : aomed-sukoyaka@circus.ocn.ne.jp
F A X : 017-763-5591

QOL健診体験トップセミナー 参加申込書

1. 参加希望日

開催日	会 場	希望日に ○を記入	申込締切日
11/7(火)	下北文化会館		10/16(月)
12/12(火)	ヒロロ4階弘前市民文化交流館		11/27(月)
12/21(木)	リンクステーションホール青森		12/6(水)

2. 参加申し込み者様の情報

事業所名	
参加者名 (事業主)	(役職名 :)

連絡担当者名	(役職名 :)
事業所住所	〒
電話番号	
メールアドレス	