

「第19回 山口県介護保険研究大会」 資料申込書

平成 年 月 日

申込事業所名 または申込者名	
請求書宛名	※ 申込先と請求先が違う場合、記入してください。
希望冊数	冊
送付先	住所：〒 電話番号： 担当者氏名：

※ 振込手数料は、代金とは別に申込者が負担してください。

FAX 083-924-2847

山口県介護保険関係団体連絡協議会 事務局
(社福) 山口県社会福祉協議会
地域福祉部 地域福祉班
担当：大田、佐々木
〒753-0072 山口市大手町9番6号
TEL:083-924-2828 FAX:083-924-2847