

「第20回山口県介護保険研究大会」 資料申込書

令和 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。

F A X 0 8 3 - 9 2 4 - 2 8 4 7

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：澤村、大本
〒753-0072 山口市大手町9番6号
TEL:083-924-2828 FAX:083-924-2847