

「健康管理講座」申込書

事業所名	
事業所記号	
所在地	
電話番号	
FAX番号	
開催場所	
連絡担当者	
受講予定者数	名
第1希望	月 日() (時 分) (保健師 ・ 栄養士 ・ 健康運動指導士)
第2希望	月 日() (時 分) (保健師 ・ 栄養士 ・ 健康運動指導士)

お問い合わせ・申し込みは

財団法人 秋田県社会保険協会

電話 018-831-6205

FAX 018-832-3681