

「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	
F A X 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・歯科衛生士)
第 2 希望	月 日 () (時 分)
	(保健師・栄養士・健康運動指導士・歯科衛生士)

お問い合わせ・お申込みは

一般財団法人秋田県社会保険協会

電話 0 1 8 - 8 3 1 - 6 2 0 5

F A X 0 1 8 - 8 3 2 - 3 6 8 1