

申し込み用紙

* 出席日時を○印で囲んでください。

A : 7 / 29 • B : 9 / 30

* 質問事項は下記にご記入下さい。

--

フリガナ	
氏名	
治療院名	
住所	〒 —
電話	()
FAX	()
付き添い	無・有 (名) ※付き添いの方には資料の配布はありません
所属団体	1. (公社) 静岡県鍼灸マッサージ師会 2. (公社) 静岡県視覚障害者協会 3. (公社) 静岡県鍼灸師会 ※所属している団体に○印をお願いします。

申し込み期限：平成 30 年 7 月 25 日までに、事務局までに送信してください

県保会事務局 FAX : 0 5 4 (2 0 5) 9 8 8 2