回答期限：令和６年６月２１日（金）
回答先　：公立大学法人福島県立医科大学　健康増進センター　宛
mail　　：kenzouc@fmu.ac.jp

令和６年度 第１回保健事業担当者研修会参加申込書

所属名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申込担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

メールアドレス＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

参加希望者

職　　名	職　　種	氏　　名	パソコン（丸で囲む）
			・持参 ・貸与希望
			・持参 ・貸与希望
			・持参 ・貸与希望
			・持参 ・貸与希望
			・持参 ・貸与希望
			・持参 ・貸与希望