

添書・送信書不用

山形県立保健医療大学県内医療従事者講習会

宛先 : 山形県立保健医療大学 作業療法学科 佐藤寿晃 行

FAX 023-686-6660

送信者 : 施設名 _____
氏名 _____

TEL : _____

FAX : _____

参加者氏名（下記枠にご記入ください）

氏名	備考

平成30年3月2日（金）までに申し込みをお願い致します。