**FAX　０９６－３６７－１０９０**（送信票は不要です。）

　　　　　熊本県あかねホーム　楢原　宛

第６回熊本県医療・保健・福祉連携学会　申込書

所属：

　学会、懇親会それぞれ希望されるところに○印をご記入下さい。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 | 会員の有無等 | 学　会 | 懇　親　会 |
|  | 会員・非会員・学生 |  |  |
|  | 会員・非会員・学生 |  |  |
|  | 会員・非会員・学生 |  |  |
|  | 会員・非会員・学生 |  |  |
|  | 会員・非会員・学生 |  |  |
|  | 会員・非会員・学生 |  |  |
|  | 会員・非会員・学生 |  |  |
|  | 会員・非会員・学生 |  |  |
|  | 会員・非会員・学生 |  |  |
|  | 会員・非会員・学生 |  |  |

【申込締め切り】　平成2５年２月２８日（木）