

# 日南塾 参加申込書

申込日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

〈申込先〉

日南市健康増進課 地域医療対策室

〒887-8585 日南市中央通1-1-1

TEL 0987-31-1129

FAX: 0987-31-1966

下記の必要事項を記入して、左記の申込先まで  
FAXまたは郵送にてお申し込み下さい。

フリガナ			
氏名			
自宅住所	〒		
勤務先 (学校)			
勤務先 住所	〒		
連絡先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	TEL		FAX
	Eメール		