別紙

参加申込書（兼FAX送信票）

会津保健福祉事務所（会津保健所）

　感染症予防チーム　宛

FAX：０２４２－２９－５５１３

申込者氏名：

住　　所　：　　　　　　　　市・町・村

電話番号　：

肝炎講演会・相談会への参加を希望します。

○出席者

|  |  |
| --- | --- |
| 出席者氏名　 | 続柄〔本人・配偶者（夫、妻）・子など） |
|  |  |
|  |  |

○講師への質問や、参加者と情報交換したいこと等があれば、ご記入ください。

|  |
| --- |
|  |