ＱＯＬ健診申込相談用紙

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連絡先 | 事業所・団体名 |  |
| 担当者（所属） |  |
| 電話番号・FAX |  |
| 住所 |  |
| E-mailアドレス |  |
| 詳細 | 日時 | 第一希望　　　年　　月　　日（　）時　　分～　　時　　分 |
| 第二希望　　　年　　月　　日（　）時　　分～　　時　　分 |
| 会場（所在地） |  |
| 参加対象者（年代） |  |
| 参加人数 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【担当・申込先】

青森県医師会附属　健やか力推進センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒030-0801　青森市新町2丁目8-21

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　青森県医師会館6F

<TEL:017-763-5590> FAX:017-763-5591

E-mail: [aomed-sukoyaka@circus.ocn.ne.jp](mailto:aomed-sukoyaka@circus.ocn.ne.jp)