別紙

令和4年　　月　　日

青森県医師会健やか力推進センター 行

　メール：sukoyaka-kensyu1@lily.ocn.ne.jp

FAX：017-763-5591

**ＱＯＬ健診体験トップセミナー 参加申込書**

１　参加希望日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 開催日 | 会　場 | 希望日に  〇を記入 | (受付期限) |
| 10/14（金） | 八戸市福祉公民館 |  | 9/30 |
| 11/29（火） | ヒロロ4階 弘前市民文化交流館 |  | 9/30 |
| 12/7 （水） | 青森県総合社会教育センター |  | 9/30 |

２　参加申し込み者様の情報

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 参加者名 | （役職名：　　　　　　　） |
|  | |
| 連絡担当者名 |  |
| 事業所住所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |