返信文不要

宛先 ：新潟県健康づくり財団　事業推進課　小柳　行

　　　申込FAX番号　　025–224‐6165

**第４回フレイル克服対策講習会　参加申込書**

**医療機関名**

**申　込　者**

**連　絡　先**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **職名または職種** | **氏　　　　　名** | **備　　　考** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**※２月５日（水）までにお申し込み願います。**

※会場の県医師会館立体駐車場(車高制限あり－155㎝以下) の駐車台数には限りがありますので、極力、公共交通機関の御利用をお願いいたします。なお、県医師会館立体駐車場の使用において事故があった場合には、当財団並びに県医師会とも責任を負い兼ねますので、予め御了承願います。