**「スキルアップ講座」申し込み**

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 昭・平　　　年　　月　　日 |
| 住所 | 〒　　　　　―電話番号　　　　－　　　　－ |
| 応募動機 |  |

【FAX】

医療法人　光心会　事務局

097-567-7377

【郵送】

　〒870-0945

大分市大字津守888-6　医療法人　光心会　事務局宛

スキルアップ講座申し込み