

「平成24年度 山口県介護保険研究大会」 資料申込書

平成 年 月 日

申込事業所名または申込者名	
請求書宛名	※ 申込先と請求先が違う場合、記入してください。
希望冊数	冊
送付先	住所： 〒 - 電話番号： 担当者氏名：

※ 恐れ入りますが振込手数料は、代金とは別に申込者の負担でお願いします。

山口県介護保険関係団体連絡協議会 事務局
(社福)山口県社会福祉協議会 地域福祉部
担当：中原、大倉
〒753-0072 山口市大手町9-6
TEL (083) 924-2828 FAX (083) 924-2847
e-mail kaidankyo@yg-you-i-net.or.jp

F A X 0 8 3 - 9 2 4 - 2 8 4 7