北海道・東北ブロック研修会

**参加申込書**

申込者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 氏名（かな） |  |
| 所属校名 |  |
| 住所 | 郵便番号 | 〒 |
| 都道府県 |  |
| 市区町村 |  |
| 番地 |  |
| 建物名 |  |
| メールアドレス |  |
| 携帯電話番号 |  |

送信先

仙台医療福祉専門学校　担当：菅原

E-mail：k\_sugawara@hokuto.ac.jp