

## 介護予防機能訓練スキルアップ参加申込書

平成 29 年 月 日

支 部	氏 名	電話番号	備 考

※会員以外で参加希望の方は、支部欄はご記入不要です。備考欄に施術所名をご記入ください。

FAX 番号 048-651-2840