令和　　年　　月　　日

申　込　書

春日井市民病院

　院長　成瀬　友彦　殿

所　在　地

会　社　名

代表者氏名　　　　　　　　　　　 　印

次の日時に開催されるアピアランスケア無料相談会について、参加を申し込みいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 参 加 希 望 日 | 令和　 　年　 　月　 　日（15：00～16：30） |

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　連　絡　先

※申し込み多数の場合は抽選とさせていただきます。