

社会福祉法人明正会 第5回介護セミナー参加申込書

法人名

---

施設名

---

住所

---

TEL

FAX

---

所属

代表者氏名

---

参加人数

---

参加者氏名

---

※最大5名まででお願い致します。

郵送先 〒369-0301  
埼玉県児玉郡上里町金久保 777  
社会福祉法人 明正会  
担当 新井