**７月３日（木）まで**に御提出をお願いいたします）

長崎県県北保健所　地域保健課　保健福祉班　阿野あて

メールアドレス　s10930@pref.nagasaki.lg.jp

ＦＡＸ番号　**０９５０－５７－３６６６（**ＦＡＸ送信票不要）

**令和７年度県北地域高次脳機能障害支援関係者研修会参加申込書**

◆申込代表者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 連絡先（TEL） |  |
| 提出者名 |  |

◆参加者名簿

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 役職・職種 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |