



会場：群馬県生涯学習センター 4F 第一研修室

〒371-0801 群馬県前橋市文京町 2-20-22

TEL：027-224-5700 FAX：027-221-5000

お申し込み方法

- ※ 申込代表者名、参加人数、住所、職業（所属）、電話番号を記入のうえ、FAXにてお申し込みいただくか、群馬県保険医協会事務局までお電話ください。
- ※ 会場の都合上、120名を定員とさせていただきます（申込先着順）。
- ※ 参加証送付の都合上、参加申込の受付は3月18日(水)までとさせていただきます。

申込先

群馬県保険医協会

FAX：027-220-1126 / TEL：027-220-1125

※ 万一、お手元に参加証が届かない場合はお電話ください。

| | | | |
|--------------------|------|----------|---|
| 申込 代表者 氏名 | フリガナ | 参加 人数 | 名 |
| | | | |
| 住所 (参加証 送付先) | 〒 | | |
| 職業 (所属先) | | | |
| 電話番号 | | | |

※ ご記入いただいた個人情報は、当事業以外の目的で使用することはありません。