**送信**先

FAX　０８８９-４２-８９２４（送信票不要）

　高知県須崎福祉保健所　健康障害課　渋谷 行

■　必要事項をご記入のうえ、**１1月2日(木)までに**FAX又は郵送にて

お申し込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| ご所属 |  |
| 送信者名 |  |
| 連 絡 先 | TEL： |

令和５年度　職場の健康づくり応援研修会

**参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者氏名 | 職名等 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |