別紙様式 (送付文不要)　　　**＊申込回答期限：２月８日（木）**

|  |
| --- |
| 〒941-0052　糸魚川市南押上1-15-1  糸魚川地域振興局健康福祉部 地域保健課　本間行  FAX　０２５―５５２－８８００　　 E-mail:ngt112030@pref.niigata.lg.jp |

令和５年度難病患者支援者研修会　参加申込み

所属

電話番号

１　申込者名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 職名（職種） | 備考 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |

２　講師への質問等ありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |