

# 喀痰吸引等研修 申込書(御見積り依頼)

申込日 年 月 日

(申し込み先)

株式会社プレゼンス・メディカル

〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜3-19-5

新横浜第二センタービル7F EAPオフィスRESILIENCY

TEL:0120-698-789

下記の必要事項を記入して、左記申し込み先まで

**FAX: 045-594-8589**

FAXでお申し込みください。

フリガナ			
法人名			
フリガナ			
施設名			
住所	〒		
フリガナ			
担当者名			
研修名			
受講人数	名		
連絡先	TEL		FAX
	Eメール		

※※FAXにてご送信下さい※※ FAX番号:045-594-8589