

(ホームページからの申込用)

岩手県精神保健福祉センター 行き

【Mail : cc0030@pref.iwate.jp または FAX : 019-629-9603】

令和7年1月17日(金)まで

所属機関名 : _____

代表者名 : _____

代表者アドレス : _____

令和6年度依存症支援者研修会申込書

受講を希望する方の御名前を下記に御記入ください。

職 名	名前 (ふりがな)