**送信先**（送信票不要）

**FAX　０８３－９２２－４２２９**

（山口・吉南地区地域ケア連絡会議事務局（山口市医師会内））

※令和４年９月２０日（火）までに御提出ください。

**フレイル予防のための食と栄養に関する研修会**

**（令和４年９月３０日）　参加申込書**

**事業所名**

**電話番号**

**参加用メールアドレス（必須）**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名** | **職種** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |