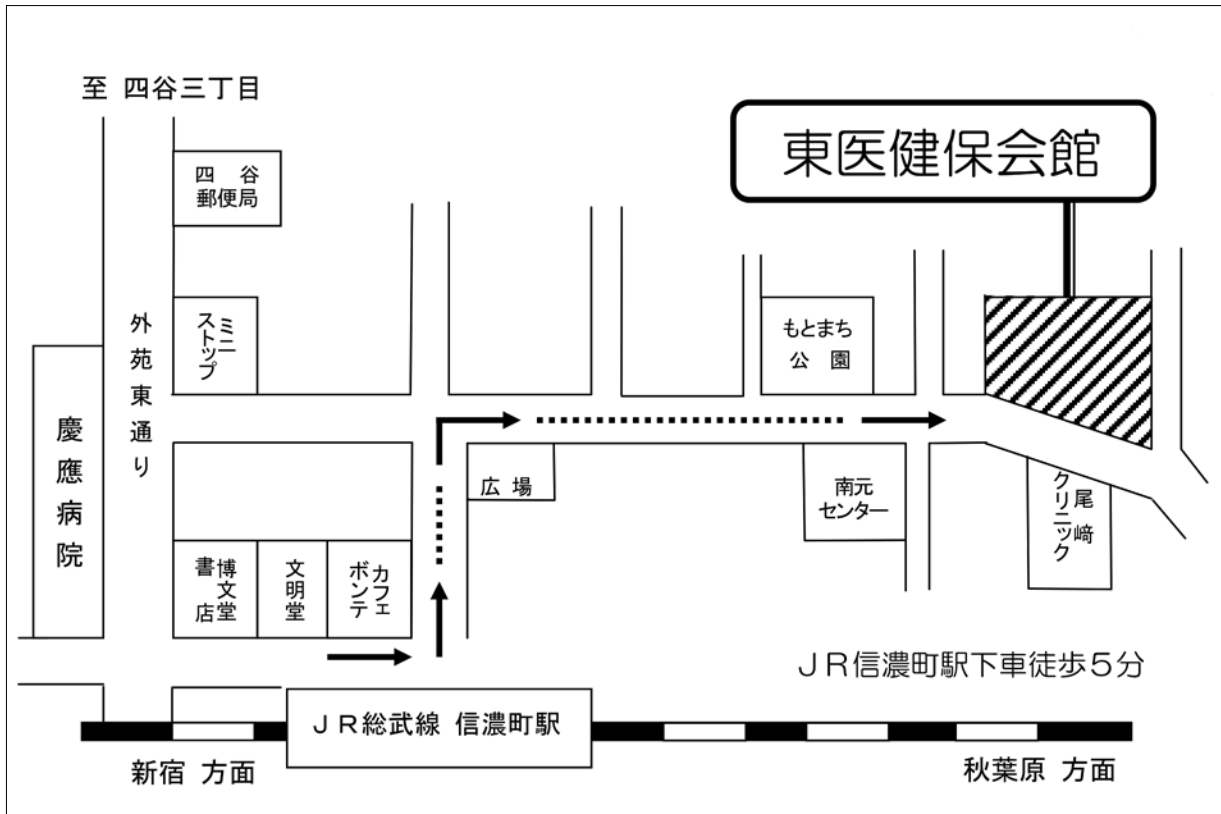


会場案内図 東医健保会館



※：以下に必要事項をご記入の上、ファックスにてご連絡ください。

(FAX 03-5217-0898)

「平成30年度 介護報酬改定説明会」申込書

平成 年 月 日

施設名			TEL	
			FAX	
住所	〒 -			
参加者 氏名			部署 ・ 役職	

※ 定員を超えた場合のみ連絡させていただきます

◇ H30.3.19