

別記様式

傍聴申込書

会 議 名	留萌保健医療福祉圏域連携推進会議
氏 名	(ふりがな)
住 所	
電 話 番 号	
勤 務 先 (所属団体)	
そ の 他 ※傍聴に当たり、配慮が必要な事項があれば記載してください。	<input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 介助者同伴 (介助者氏名：) <input type="checkbox"/> その他配慮が必要なこと []

【申込先】

〒077-8585 留萌市住之江町2丁目1-2
留萌振興局保健環境部保健行政室 (留萌保健所) 企画総務課
電 話 : 0164-42-8067
FAX : 0164-42-8216

※FAXにより申込をお願いします。