

ゲートキーパー養成講座 申込書

団体名		
連絡先	担当者名	
	電話番号	
	FAX番号	
開催希望日時	令和 年 月 日() 時 分 ~ 時 分	
会場名		
会場所在地		
会合の名称		
参加者	人	

〈 申し込み先 〉 砺波市健康センター
〒939-1395 砺波市新富町1番61号(市立砺波総合病院北棟2階)
電話 0763(32)7062 FAX 0763(32)7059