

年 月 日

医療労務コンサルタント研修受講申込書

支 部 名 東 予 ・ 中 予 ・ 南 予 支 部

氏 名 _____

受講希望いたします。

3月7日(金)必着

ご不明な点があれば事務局までお問い合わせ下さい。

愛媛県社会保険労務士会

TEL 089-907-4864

F A X 089-923-1133