

北九州マラソン 2017 参加申込用紙 FAX 送信用

所属施設名： _____

連絡先 TEL：(_____) FAX：(_____)

e-mail： _____

公文書： 必要 ・ 不要



文書宛名 役職： _____ 氏名： _____

住所 〒 _____

必要事項をを記入してください。

氏名	有する資格ある いは 受講研修名	自宅住所	希望
	あり・なし _____		救護所 ・ AED
	あり・なし _____		救護所 ・ AED
	あり・なし _____		救護所 ・ AED
	あり・なし _____		救護所 ・ AED
	あり・なし _____		救護所 ・ AED
	あり・なし _____		救護所 ・ AED
	あり・なし _____		救護所 ・ AED
	あり・なし _____		救護所 ・ AED
	あり・なし _____		救護所 ・ AED
	あり・なし _____		救護所 ・ AED

FAX 送信先：093-965-2390 (公益社団法人福岡県理学療法士会事務所)

締切 平成 28 年 12 月 22 日 (木)