

別 添

宛先:福岡県保健医療介護部薬務課 麻薬係 (担当:山口)  
(FAX 092-643-3305)  
※このままFAX送信ください。

薬物依存症の治療や支援施設等の職員研修会  
参加申込書

機関名 ( )

参加者名	参加者名

※申込者が多数の場合は参加人数を調整させていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

※問い合わせ時の連絡先

氏 名 :

TEL :

FAX :

e-mail :