

3月14日

臨床美術の集い 申込書

お住まい市町村 \_\_\_\_\_

※もしお子様等も一緒にご参加の場合お名前ご記入ください。

お名前 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

ご連絡先番号 \_\_\_\_\_

添書不要

山形県社会福祉士会事務局

FAX：023-615-6521

