

大阪港湾健康保険組合 宛

(FAX : 06-4395-4115)

## 講演会 参加申込書

事業所名称	
参加者氏名	
連絡先電話番号	— —
毛細血管解析への参加 (いずれかに☑してください)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※毛細血管解析をご希望の方は <u>14時</u> に起こしてください。

申込締切日 : 令和 8 年 2 月 5 日 (木)