〈25期〉介護オンブズマン養成講座受講申込書

氏名	フリガナ	年齢 歳	ＴＥＬ（　　）　　－
			ＦＡＸ（　　）　　－
			メール アドレス
住所	フリガナ		
	〒		
この講座のことを、何でお知りになりましたか？			

【申込書送付先】　介護保険市民オンブズマン機構大阪
ＦＡＸ　０６－６９４９－８１９２
メール　o-netnpo@train.ocn.ne.jp
〒537－0041　大阪市北区天神橋３－９－２７　ＰＬＰ会館３Ｆ