岩手県脳卒中予防県民会議 会員参加届

　岩手県脳卒中予防県民会議の設立の趣旨に賛同し、会員として参加を希望するので、次のとおり届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出年月日 | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 団体・事業所名 | |  |
| 所在地 | | 〒 |
| 区　分  （ㇾ点を付して  ください。） | | □ 民間企業・事業所等（社員数　約　　　　人）  □ 団体・組合等（所属員数　約　　　　人）  □ 行政機関  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 代表者氏名 | |  |
| 連絡担当者  職・氏名 | |  |
|  | 電話番号 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

※ 岩手県脳卒中予防県民会議の会員参加に伴う会費等の負担はございません。

【送付先】

〒020-8570　岩手県盛岡市内丸１０-１

岩手県保健福祉部健康国保課（岩手県脳卒中予防県民会議事務局）

電話 019-629-5468 ／ FAX 019-629-5474

E-mail AD0003@pref.iwate.jp