**【お申込み先】FAX：025－257－4456　または　E-mail：kouhou@nuhw.ac.jp**

**新潟医療福祉大学と長岡赤十字病院とのパートナーシップ協定締結式**

**お申込書**

**【御社名】**

**【御名前】**

**【御連絡先】**

**TEL：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail：**

**【媒体名】**

**【放送予定】＊決定していれば、お教えください**