

かがわ総合リハビリテーション福祉センター
森川宛
(送信票不要) FAX 087-867-0420

平成30年度 高次脳機能障害支援関係職員研修会 参加申し込み書

所属 _____

電話番号 _____

職種	氏名	参加希望日
		10/10・10/19
		10/10・10/19
		10/10・10/19
		10/10・10/19
		10/10・10/19

※ 同じ内容で2日実施いたします。いずれか参加を希望される日に○を付けてお申込み下さい。

※ 定員を超えた際は参加をお断りする場合がございます。その際のみ別途ご連絡いたします。

ご意見、ご質問等ございましたら、下記にご記入ください。