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ー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 |  | 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〇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。