

駿東田方地域リハビリテーション強化推進事業
 研修会 参加申込書
 (令和2年11月11日開催)

◆所属施設名	

◆部署名			
TEL		FAX	
E-Mail			

◆参加方法 ※どちらかに○印をお願い致します。			
会場		Web参加	

◆申込者				
1	フリガナ		職種	
	氏名			
2	フリガナ		職種	
	氏名			
3	フリガナ		職種	
	氏名			
4	フリガナ		職種	
	氏名			
5	フリガナ		職種	
	氏名			
6	フリガナ		職種	
	氏名			
7	フリガナ		職種	
	氏名			

E-mail送信先：numariha@fukkou-kai.jp

FAX送信先：055-934-3811

申し込み期限：令和2年11月4日（水曜日）

【お問合せ先】 公益財団法人 復康会 沼津リハビリテーション病院
 (静岡県地域リハビリテーション支援センター)
 〒410-0810 沼津市上香貫蔓陀ヶ原2510-22
 TEL：055-931-1911 FAX：055-934-3811
 担当者：リハビリテーション課 西島 勇