

2019 年度 区西南部地域リハビリテーション研修会
11 月 29 日（金）ワークショップ（目黒区）
参加申込書（FAX）

FAX 送付先 : 03-5365-8512

E-mail : h-cbr@kiseikai-reha.com

初台リハビリテーション病院事務局 担当者宛

参加申込締切 2019 年 11 月 5 日（火）

事業所名

連絡先 TEL

- ※ 当日のグループ分けに使用するため、職種、経験年数は必ずご記載をお願いします。
- ※ この申込書を元に参加者名簿を作成し、研修当日に配布します。
- ※ 修了証を発行致しますので、お名前はフルネームで大きく鮮明にご記入ください。

| (フリガナ) 氏名 | 職種 | 経験年数 |
|--------------|----|------|
| () | | 年 |
| () | | 年 |
| () | | 年 |
| () | | 年 |

※複数参加の場合はコピーをしてお使いください。

※定員の関係で参加頂くことが難しい時のみ、こちらよりご連絡させていただきます。