

認知症とリハビリテーション

参加申し込み票および受付票

申し込み先: 農協共済中伊豆リハビリテーションセンター 言語聴覚療法科 宛

FAX 番号: 0558-83-2370

参加申し込み用紙

平成 25 年 2 月 24 日(日)の上記研修会に参加します。

※参加者氏名: _____ (※職種: _____)

※所属機関: _____

※住所: _____

※電話: _____

※F A X: _____

備考

- ①参加者 1 名につき、申し込み用紙 1 枚でお願いいたします。
- ②申し込みは 1 月 23 日(水)から開始、定員となり次第締切とさせていただきます。
- ③※印の部分を記入後、FAXにて申し込みください。

返送された FAX 用紙の以下の点線部分を切り取り、受付票を当日受付へご提出ください。

----- (切 り 取 り 線) -----

受付票

研修会「認知症とリハビリテーション」

申し込みを承諾いたしました。

※受講者氏名: _____

受付番号: _____

農協共済中伊豆リハビリテーションセンター 言語聴覚療法科

駿東・田方地域リハビリテーション推進事業