平成 26 年度 山梨県富士・東部地域リハビリテーション 第 3 回研修会・相談会 F A X 申込用紙

「他職種連携 ~退院後 その人らしく過ごすための連携作り~」

| 送信先 | 山梨県富士・東部地域リハビリテーション広域支援センター ツル虎ノ門外科・リハビリテーション病院 川末・町・舟越 宛 |
|--|---|
| | FAX:0554-45-8876(表紙不要) |
| | % F A X : |
| | |
| | * T E L : |
| 申込者情報 | ※所属先: |
| | ※ 氏 名: |
| | ※職 種: |
| | |
| 相談会 | |
| ●相談内容(個別的な事例などのご相談には応じかねます) | |
| | |
| | |
| 備考:①申し込み期限は平成 27 年 1 月 26 日(月)までとなっております。 ②出欠席確認の為,参加者 1 名につき、申し込み用紙 1 枚でお願い致します。 | |
| 枚数が足りない場合は必要数コピーしてお使い下さい。 | |
| ③※印の部分を記入後、FAXにて申し込み下さい。 ④申し込み後、欠席される場合は事務局までご連絡をお願いします。 | |
| 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。 | |
| | |
| | |
| 受付票 | |
| 平成26年度 山梨県富士・東部地域リハビリテーション研修会・相談会 | |
| ※受講者氏 | 名 : 受付番号 : |
| | |
| i | 山利用食土,黄如地はリュビリテニション皮は支採もンカニ |