

平成 27 年度 地域リハビリテーション研修会  
参加申込書 (FAX 専用)

フリガナ ①氏名	
②所属	
③職種	PT・OT・ST・看護師・ヘルパー・ケアマネジャー・ 介護福祉士・その他 ( )
④訪問リハ経験 の有無	有 ・ 無 訪問リハ従事歴 (経験年数) ( 年目) 今後開設予定 ・ 検討中 ・ 未定
⑤連絡先	勤務先・自宅
住所 TEL&FAX	〒  TEL FAX
⑥緊急連絡先	
⑦協会会員番号 (PT・OT・ST)	

**FAX 送信先：0280-57-2480 (リハビリテーション花の舎病院)**

FAX 送信後 1 週間以内を目安に連絡先の電話番号宛にご連絡を差し上げます。

注) この用紙は FAX 専用申し込み書となっております。基本的にはメールでの申し込みにご協力をお願い致します。メールでの申し込みが困難な場合に限り FAX での申し込みをお願い致します。

〈お問い合わせ〉 地域リハビリテーション研修会 事務局

リハビリテーション花の舎病院 言語聴覚士 平野・山本 Tochigi.chiikiriha@gmail.com