申し込み先

介護老人保健施設　恵泉　リハビリ室

担当：大垣　和也

FAX：078-936-8881

勉強会申し込み用FAX送信票

|  |
| --- |
| **勉強会名　：**  |
|  **所属名 　：　　　　　　　　　　　　　　連絡先（FAX）：** |
| 氏名 | 協会番号 | 経験年数 | 備考欄 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※ 勉強会の資料はこちらから配布することができないため、事前にデータで送信させていただきますので、**備考欄にメールアドレスの記入をお願いします**。（代表者のみでも構いません）

※ 当日参加できるかわからない方や悩んでいる方は申し込んでください

※ 学生等が実習で来られている方がいましたら、せっかくの機会ですので是非一緒に来て下さい

※ ぜひ、知り合いや同期などお誘い合わせの上、ご参加下さい