FAX 送付状

F A X 番 号： 0 7 8 - 3 6 7 - 7 3 1 1

E-mail：pt-hyogo@aurora.ocn.ne.jp

（送信表不要）

あて先

兵庫県リハ3士会障害児者支援協議会事務局 宛　(兵庫県理学療法士会内）

「脳性まひ等肢体不自由児者に係る療法士等研修事業」研修会（ZOOM）

施設名

受講希望者

氏名　　　　　　　　　　　経験年数　　性別・職種（○印等をお付け下さい）

　　　　　　　　　　　　　　　　年　男性・女性　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

看護師・保健師

　　　　　　　　　　　　　　　　年　男性・女性　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

看護師・保健師

　　　　　　　　　　　　　　　　年　男性・女性　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

看護師・保健師

　　　　　　　　　　　　　　　　年　男性・女性　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

看護師・保健師

　　　　　　　　　　　　　　　　年　男性・女性　理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

看護師・保健師

連絡先　TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

　　　　Email

連絡担当者

資料集送付先住所　　　ご自宅・所属　（○印等をお付け下さい）

〒