

FAX 送付状

FAX 番号：06-6481-5560

E-mail：amaraha-pos@omichikai.or.jp

(送信表不要)

【あて先】 兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター事務局 宛

「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)申込

【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

連絡先 TEL _____ FAX _____

E-mail _____

連絡担当者 _____

【資料集送付先住所】 ご自宅・所属 (○印をお付け下さい)

〒 _____

電話番号 _____

兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター FAX：06-6481-5560