

平成 27 年度 山梨県富士・東部地域リハビリテーション
第 1 回研修会・相談会 F A X 申込用紙

「本人の思いを中心とした地域リハビリテーションの推進について」
「認知症のある方への他職種支援～地域包括ケアシステムの構築を見据えて～」

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 和田・大胡田・舟越 宛 F A X : 0 5 5 4 - 4 5 - 8 8 7 6 (表紙不要)
申込者情報	※ F A X : _____ ※ T E L : _____ ※ 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 8 月 10 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 ※印の部分を入力後、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。

----- (き り と り 線) -----

受付票	
平成27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: _____
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	