

平成 27 年度 山梨県富士・東部地域リハビリテーション  
 第 3 回研修会・相談会 F A X 申込用紙  
 「生活の中でのリハビリテーション再考察」  
 「認知症のある方への多職種支援」

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 <b>F A X : 0 5 5 4 - 4 5 - 8 8 7 6 (表紙不要)</b>
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 28 年 2 月 15 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 ) -----

<b>受付票</b>	
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	