

平成 28 年度 第 2 回 駿東・田方地域リハビリテーション推進事業研修会

「発達障害について～その理解と支援」

参加申込票および受付票

申込先：フジ虎ノ門整形外科病院 リハビリテーション科 行

FAX 番号 0550-88-0025

参加申込用紙

平成 29 年 1 月 24 日(火)の上記研修会に参加します。

※参加者 氏名：_____ (※職種：_____)

※所属機関(保健・医療・福祉・教育従事者のみ記入)：_____

※住所：_____

※電話：_____

※FAX：_____

備考：

- ①参加者 1 名につき 1 枚ご記入ください
- ②申込期限は 1 月 17 日(火) です
- ③※印の部分記入後、FAXにて申し込みください

返送された FAX 用紙の点線部分を切り取り、当日、受付票を受付へご提出ください。

----- (き り と り 線) -----

受付票：研修会 「 発達障害について～その理解と支援 」

申込受付を完了しました。

※受講者氏名：_____

受付番号：_____

フジ虎ノ門整形外科病院

駿東・田方地域リハビリテーション推進事業