

# 第1回 総合リハビリテーション講座 参加申込書

(本紙をコピーして、FAXにてお申込下さい)

申込期日 平成25年8月30日 (金)

申込先 FAX. 03-3355-3122 日本慢性期医療協会事務局

貴施設名 ( 会員 ・ 非会員 )

住所 (〒 - )

TEL FAX

連絡担当者氏名 部署

< 下記に参加者をお書き下さい >

No.	ふりがな 氏名	職 種	リハ職の 経験年数	訪問リハ 経験の有無 ( 経験年数 )
1		P T ・ O T ・ S T	年	有 ・ 無 ( 年 )
2		P T ・ O T ・ S T	年	有 ・ 無 ( 年 )
3		P T ・ O T ・ S T	年	有 ・ 無 ( 年 )
4		P T ・ O T ・ S T	年	有 ・ 無 ( 年 )

日本慢性期医療協会

〒162-0067 東京都新宿区富久町11-5 シャトレ市ヶ谷2階

TEL. 03-3355-3120 FAX. 03-3355-3122 Email info@jamcf.jp

ホームページ <http://jamcf.jp> 日慢協ブログ <http://manseiki.net>