

*用紙が足りない場合はコピーして下さい

H28長崎県高次脳機能障害リハビリテーション講習会
(長崎会場)参加申し込み書

FAX送信先 095(886)8701(送信票不要)

長崎県リハビリテーション支援センター事務局 大木田 宛

所属施設名: _____

担当者名: _____

電話: _____ FAX: _____

	所属(職種)	氏名
1		
2		
3		
4		
5		

☆グループワークで取り上げて欲しいテーマがあれば下の欄にお書き下さい。

--

*** 申し込み期限;1月10日(火)**