

平成28年度 長崎災害リハビリテーション推進研修会  
＜参加申込書＞

平成29年 3月 8日（水）までにFAXでお申込ください。

返信先FAX：095-821-1187

長崎災害リハビリテーション推進協議会事務局  
長崎リハビリテーション病院内 井手・淡野 宛

事業所／施設名		
参加者氏名	氏名	職種
連絡先	電話： FAX： E-mail：	

※申込締切：平成29年 3月 8日（水）