

お申し込み用紙 ファックス 042-666-5881

西多摩リハビリテーション研修会平成24年度特別講演

に申し込み致します。

■ 参加申込者(複数記載可)

参加される方の①氏名、②フリガナ、③病院・施設名、④部署名、⑤職種、⑥連絡先を記載して下さい。

参加者 1	①氏名	
	②フリガナ	
	③病院・施設名	
	④部署名	
	⑤職種	
	⑥連絡先電話番号	

参加者 2	①氏名	
	②フリガナ	
	③病院・施設名	
	④部署名	
	⑤職種	
	⑥連絡先電話番号	

参加者 3	①氏名	
	②フリガナ	
	③病院・施設名	
	④部署名	
	⑤職種	
	⑥連絡先電話番号	

※人数が多数の場合は本用紙をコピーして送信してください。