

* 表紙不要

【地域包括ケア研修会参加申込書】

作業療法士会・言語聴覚士会用

FAX送信先:飯南町保健福祉センター

一般社団法人 島根県理学療法士会 地域包括ケア特別推進委員会 嘉田 行

FAX番号 0854-72-1775

E-mail:kada.masanori@gmail.com

施設名: _____

氏名	経験年数	職種
	年目	OT. ST
	年目	OT. ST
	年目	OT. ST
	年目	OT. ST
	年目	OT. ST
	年目	OT. ST
	年目	OT. ST
	年目	OT. ST
	年目	OT. ST

○申込締切 平成 29 年 10 月 13 日 (金) 必着