

(表紙は不要)

FAX:0859-56-5233

宛先:米子東病院 リハビリテーション科 塚田・柴田宛

認知症ケアに対応できる言語聴覚士
育成研修(全2回)
参加申込

申込日 令和元年 月 日

施設名			
住所			
電話番号			
FAX番号			
		第1回8/11(日)	第2回9/22(日)
氏名(職種)	()		
氏名(職種)	()		
氏名(職種)	()		
氏名(職種)	()		
氏名(職種)	()		
氏名(職種)	()		
氏名(職種)	()		

※ 座席数が限られるため、出来るだけ早めにお申し込みください