

南多摩地域リハビリ支援センター事務局 宛

お申し込み用紙 ファックス 042-661-4025

**南多摩地域リハビリ支援センター後援
西多摩リハビリ研修会平成23年度特別講演に申し込みします。**

■ 参加申込者

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日中可能な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日中可能な連絡先	

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日中可能な連絡先	