

大阪府理学療法士会 豊能ブロック 主催

目からウロコの介護技術講習会

参加申込書

FAX送付先:06-6382-2498
大阪府済生会吹田病院 リハビリテーション科 山根 章

開催日:11月1日(日)

ご所属(施設・デイセンター・病院・医院名等)

ご住所
〒

ご連絡先

TEL

FAX

ご所属部署・役職

参加者ご氏名

備考:会場地図

* 受講決定の有無に関しては〇〇月
〇旬ごろにFAXにてご連絡させてい
たきます。

〔個人情報の取り扱いについて〕

本申込書に記載いただいた個人情報は、ご案内の目的のみに利用し、他の目的には一切使用いたしません。