

「令和元年度山梨県リハビリテーション専門職団体協議会災害対策支援委員会講演会」
参加申込書

令和2年 月 日

送信先	山梨県リハビリテーション専門職団体協議会 災害対策支援委員会 大野了資 宛 〒400-0601 山梨県南巨摩郡富士川町鯉沢 304-1 峡南医療センター富士川病院 リハビリテーション科 TEL 0556-22-3135 FAX 0556-22-3884 E-mail fk-rehabili@kyonan-mc.jp
送信元	所属： _____ TEL： _____ FAX： _____ Mail： _____

No.	氏名	職種	所属部署名
例	山梨 太郎	PT・OT・ST	リハビリテーション部作業療法科
1		PT・OT・ST	
2		PT・OT・ST	
3		PT・OT・ST	
4		PT・OT・ST	
5		PT・OT・ST	
6		PT・OT・ST	
7		PT・OT・ST	
8		PT・OT・ST	
9		PT・OT・ST	
10		PT・OT・ST	

<備考欄>

●お手数ですが、令和2年2月21日（金）までにお申し込みください。