

青森県高次脳機能障害者リハビリテーション講習会

参加申込書

青森県高次脳機能障害者リハビリテーション講習会の参加を申し込みます。

施設名			
連絡先	〒 —		
	(TEL: — — FAX: — —)		
参加者	所 属	職 名	氏 名
連絡担当者			

8月25日(金)締切

F A X 送信先

0172-27-9013

青森県高次脳機能障害者
リハビリテーション講習会実行委員会事務局 行