

## お申込みFAX送信票

FAX 019-652-1138

### 《いわて脳損傷リハビリテーション講習会参加申込書》

#### 二戸圏域会場

氏名	所属先	住所	○をお付けください
	及び職名	連絡先	
			当事者・家族・医療
			行政・福祉・その他
			当事者・家族・医療
			行政・福祉・その他
			当事者・家族・医療
			行政・福祉・その他
			当事者・家族・医療
			行政・福祉・その他
			当事者・家族・医療
			行政・福祉・その他
			当事者・家族・医療
			行政・福祉・その他



複数でお申込みの場合、代表の方に○をお願いいたします

お申し込み締め切り日 R8年1月9日

備考欄（相談したいこと・詳しく聞きたいこと等、ございましたら ご記入ください。）

---

---

---

---

#### 相談会のお知らせ

当日11時から会場にて個別相談会を行います。

ご希望の方は019-652-1137までご連絡ください。

相談会は、それぞれ個室にて対応致します。