

いわてリハビリテーションセンター 行き

FAX 019-692-5807

## 高次脳機能障がいカルタ 申込用紙

- ・ 下記項目を全てご記入ください。
- ・ 注意事項をご確認の上、チェックを入れてください。  
チェックがない場合はお申し込みを受け付けできません。

個人  団体

所属（団体の方のみ）	
部署（団体の方のみ）	
フリガナ	
氏名	
送付先住所 ※岩手県外の方は都道府県 からご記入ください。	〒      ー
電話番号	
使用目的 ※当てはまる項目全てに チェックを入れてください	<input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> レクリエーション <input type="checkbox"/> 学習用 <input type="checkbox"/> 普及活動 <input type="checkbox"/> その他（                      ）

### 【注意事項】

- ・ 先着700名へのお渡しとなります。上限に達した場合はご了承ください。
- ・ 内容についての著作権は岩手県にあります。
- ・ 無断複製、転売は禁止と致します。
- ・ 送料は着払いでお申込いただいた方のご負担となります。

全ての注意事項に同意しました。