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。	〒　　－
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	☐ リハビリテーション ☐ レクリエーション ☐ 学習用 ☐ 普及活動 ☐ 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。
・著作権はいわてリハビリテーションセンターに寄与します。
・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。