

平成29年度障がい児等支援体制整備事業 発達支援関係職員専門研修  
小児リハビリテーション研修会

(受講申込用紙)

送付先	北海道立旭川肢体不自由児総合療育センター リハビリテーション課 宛
FAX 番号:	0166-51-2126
件名:	平成29年度障がい児等支援体制整備事業発達支援関係職員専門研修 小児リハビリテーション研修会 参加申込み

参加申込み者 ご氏名		所 属	
職 種		小児リハ 経験年数	年
連絡先	電 話：(            ) - (            ) - (            ) FAX：(            ) - (            ) - (            ) Mail (任意)：		

受講決定については、原則申込み順とさせていただきます。定員を超え、受講をお断りさせていただく場合は、事務局からご連絡させていただきます。

<問い合わせ先> 北海道立旭川肢体不自由児総合療育センター  
リハビリテーション課 齋藤 由希・高木 陽出  
FAX 0166-51-2126

申込み締め切り 9月15日(金)