２０１９年度　　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:	２０１９年度　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。受講が決定しましたら、受理票を送信させていただきます。また、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・小野　栄治
FAX　0166-51-2126

申込み締め切り　7月１２日（金）