

一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会  
平成27年度第2回リハビリテーション研修会 申込用紙

FAX送付先：095-811-2078

申込ご担当者様 氏名（ ）

都道府県名	
法人名	
病院・施設名	(ふりがな)
TEL	
FAX	
会員番号 (不明の場合は空欄可)	
参加者氏名・職種	【氏名】 【職種】
	【氏名】 【職種】
	【氏名】 【職種】
	【氏名】 【職種】
	【氏名】 【職種】

備考

- ①受付後、受付確認書をFAXにて差上げます。
- ②施設ごとの参加人数に制限はございません。
- ③宿泊・クローク・当日の昼食につきましてはお手数ですが各自にてお願いいたします。
- ④送信後1週間以内に受付確認書の返信が無い場合は、必ずご連絡ください。  
(受付完了後、1週間以内に返信いたします。)

問合わせ先：日本リハビリテーション病院・施設協会事務局 担当：吉野・田鶴・磯本

TEL：095-811-2077 FAX：095-811-2078 メール：info@rehakyoh.jp