第7回丹後中央病院
リハビリ研修会
参 加 申 込 書

【 FAX：0772（62）5897 】

公益財団法人 丹後中央病院
リハビリテーション科　東　行

貴病院名

代表者お名前

電　話

ＦＡＸ

E-mail

ー参加予定者ー

お　　名　　前	職種

ご記入いただいたお名前等は、研修会当日までに参加人数と参加者の職種を把握するために使用させていただき、その他の目的には一切使用いたしません。

申込期限 ： 平成26年11月4日（火）