

開設15周年記念講演会 参加申込書

FAX番号：018-892-3759

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター
記念講演会担当 行

この用紙に記載の上、FAXでお申し込みください。送信票等は不要です。
ホームページの申し込みフォームからも、申し込み可能です。

所 属 法 人 ・ 会 社 名 等 _____

施 設 名 ・ 事 業 所 名 _____

連 絡 先 電 話 _____

F A X _____

参 加 者 1 職 種 ・ 氏 名 _____

2 職 種 ・ 氏 名 _____

3 職 種 ・ 氏 名 _____

4 職 種 ・ 氏 名 _____

5 職 種 ・ 氏 名 _____

※ 職種欄には職場での役職ではなく、資格名（看護師、介護支援専門員等）を御記入下さい。

実際に現場で困っている事や情報交換したい事などがありましたら、自由にお書きください。