

FAX : 029-873-3126

年 月 日

医療法人社団 常仁会 牛久愛和総合病院

リハビリテーションセンター 算 宛

第1回北関東・信越ブロック研修会 兼 茨城県施設リーダー研修会

参加申込書

施設名 _____

TEL _____

FAX _____

E-mail _____

代表者氏名 _____

氏名	職種	OT 協会会員番号 ※OT の方のみ	E-mail

※この用紙」のみお送りください