

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 _____

※懇親会会場は未定です。当日ご連絡致します。(土浦駅周辺予定)

氏名	職種	OT 協会会員 番号 ※OT の方のみ	E-mail	懇親会の出欠 (出席 or 欠席)

※この用紙」のみお送りください