

FAX : 029-873-3126

年 月 日

医療法人社団 常仁会 牛久愛和総合病院

藤木 宛

第7回生活行為向上マネジメント基礎研修会

参加申込書

施設名 _____

TEL _____

FAX _____

E-mail _____

代表者氏名 _____

氏名	OT 協会会員番号 ※作業療法士の方のみ	職種

※この用紙」のみお送りください