

別紙

FAX:019-625-7494

(公財)いきいき岩手支援財団 小野寺 あて

※ 添書不要

令和元年度岩手県リハビリテーション専門職 介護予防従事者実践者研修会 参加申込書

所属先の 所在市町村名					
所属施設 (所属部署)名				TEL	
参加者	職名				
	氏名				
上記参加者が 該当する職種 に○印	1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 市町村等職員	1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 市町村等職員			

※ 必要事項を御記入のうえ、**令和元年9月18日(水)までにFAX**でお申込み願います。

〔問い合わせ先〕

(公財) いきいき岩手支援財団
小野寺
◇電話：019-625-7490
◇FAX：019-625-7494