FAX送信用紙

2019年度　認知症初期集中支援 基礎研修（認知症アップデート研修） 受講申し込み

送信先: **いわき病院 作業療法科**　　FAX:087-879-1080

送信元:

下記に記入漏れのないようご記入の上、いわき病院までFAX送信してください。
送信トラブルを避けるため、この申込用紙のみをご送信いただきますようお願いいたします。

研修会は事前申込が必要です。申込締め切り期日までに申込してください。

記載日:　　年　　月　　日

申込〆切:5 月11日（土）

氏名 （ふりがな）	（　　）
JAOT会員番号	
所属施設名（自宅会員は「自宅」）	
勤務先住所（自宅会員は自宅住所）	
勤務先電話番号/FAX	Tel　　Fax
【備考】	