

別紙 参加申込用紙

メディカルコート八戸西病院 講習会事務局 行

FAX番号：0178-20-4962

令和2年10月24日（土）13:30～15:30

高次脳機能障害に関する講習会

参加者申込書

施設名	
申込者氏名	
連絡先	〒 住所 電話番号 FAX番号

参加者希望者

番号	職種	氏名	役職
1			
2			
3			
4			
5			

※施設名、申込者、参加希望者をご記入のうえ、上記宛先までFAX願います。

申込締切日
令和2年10月9日（金）