

「リハビリ専門職の人材育成にかかる研修会」 参加申込書

■参加者

都道府県 _____ 施設名 _____

	出席者氏名	職 種	役 職	国保直診 勤務年数
1				年 ヶ月
2				年 ヶ月
3				年 ヶ月
	連絡事項			

■ご連絡先（担当者）

氏名	
	(- -)
メール	

申込締切：平成 29 年 12 月 15 日（金）

★ご記入後、下記あて FAX か Email でご送付ください。
公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（担当：竹内、鈴木）
FAX：03-6809-2499 / E-mail：office@kokushinkyō.or.jp