

* 用紙が足りない場合はコピーして下さい

自立支援型生活行為向上マネジメント研修会参加申し込み書

FAX送信先 095(886)8701(送信票不要)

長崎県リハビリテーション支援センター事務局 大木田 様

所属施設名: _____

担当者名: _____

電話: _____

FAX: _____

	所属(職種)	氏 名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

* 申し込み期限;8月16日(土)