

第22回リハビリテーション研修会

参加申込書

日 時 令和7年12月20日(土) 受付 12:30～

会 場 西鉄イン福岡(アクロス福岡前) 2F 大ホール

申込書送信先: F A X 092-436-2313

令和 年 月 日

◎下記のとおり参加を申し込みます。

病院名/施設名			
所在地			
TEL		ご担当者	
FAX			
職種は右記から選択 してご記入下さい。	①理学療法士 ②作業療法士 ③言語聴覚士 ④看護師 ⑤介護福祉士 ⑥介護支援専門員 ⑦リハビリター ⑧歯科衛生士 ⑨管理栄養士・栄養士 ⑩事務 ⑪その他()		
No.	職種	氏名	ふりがな
1			
2			
3			
4			
5			

【問い合わせ先】

公益社団法人福岡県病院協会事務局 長沼

TEL:092-436-2312 FAX:092-436-2313 E-mail: info@f-kenbyou.jp