

# 令和4年度

## 第1回リハビリテーション研修会受講申込書

令和4年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_ (担当者及び連絡先)  
担当者 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

◎ 下記のとおり参加を申込みます。

No.	職 種	氏 名	ふりがな	備考
1				
2				
3				
4				
5				

— ＊お問合せ・受講申込書送信先＊ —

公益社団法人福岡県病院協会      Tel 092-436-2312 ・ Fax 092-436-2313