

第6回在宅リハナーズケアマネ研修会 参加申込書

申込日 年 月 日

<看護師用>

所属ブロック	東 西 南 北 ブロック
所属名	
T E L	
参加者氏名	様
	様
	様

<療法士用>

所属名		
T E L		以下当てはまる職種に○
参加者氏名	様	PT・OT・ST・その他
	様	PT・OT・ST・その他
	様	PT・OT・ST・その他
	様	PT・OT・ST・その他

※ 参加ご希望の方は 12月15日(金)までにFAXにてお申込み下さい。
送信先：訪問看護ステーションまほろば 羽二塚宛て

FAX : 049 - 227 - 6089

(FAX送信の際は、送付票は不要ですのでそのままお送り下さい。)

定員になり次第申し込みは、終了とさせていただきます。)

主催 (一社) 埼玉県訪問看護ステーション協会
共催 (公社) 埼玉県理学療法士会
(一社) 埼玉県作業療法士会
(一社) 埼玉県言語聴覚士会
(一社) 埼玉県介護支援専門員協会