

(鏡文は不要)

FAX:0859-34-2303

宛先:錦海リハビリテーション病院 ST佐藤・蔵本宛

介護予防推進コース 参加申込

申込日 平成 年 月 日

| 施設名 | | | |
|-------|-------|------------------|---------------|
| 住所 | | | |
| 電話番号 | | | |
| FAX番号 | | | |
| 番号 | 参加者氏名 | 日本語聴覚士協会 会員番号 | マイページ登録 確認 |
| 1 | | | 済 |
| 2 | | | 済 |
| 3 | | | 済 |
| 4 | | | 済 |
| 5 | | | 済 |

※日本語聴覚士協会会員番号の記入が必須です。国家資格の免許番号ではありませんのでお間違えの無いようにお願いします。

※日本語聴覚士協会ホームページのマイページ登録が正しく行われていることをご確認ください。確認後、済に○をつけた上でお申し込みください。

※申込締切: 2月28日(木)