

(表紙は不要)

FAX:0857-30-7146

宛先:鳥取市医療看護専門学校 西村宛

在宅及び地域社会における失語症者との
コミュニケーションについて(全2回)
参加申込

申込日 平成 30 年 月 日

施設名		
住所		
電話番号		
FAX番号		
	第1回	第2回
参加	10/13・14	11/11
氏名		
参加	10/13・14	11/11
氏名		
参加	10/13・14	11/11
氏名		
参加	10/13・14	11/11
氏名		
参加	10/13・14	11/11
氏名		
参加	10/13・14	11/11
氏名		
参加	10/13・14	11/11
氏名		

参加希望日に○印を付けて下さい

10/13・14

※ 参加費は1回のみ参加でも1,000円なります。

※ 座席数が限られるため、出来るだけ早めにお申し込みください