

移動支援等人材育成研修会 参加申込書（FAX送信票）

送信先：一般社団法人 山口県理学療法士会 事務所行
 FAX：(083) 941-6901

送信日：H 年 月 日

代表者名 _____

所属名 _____ 連絡先 _____

所属施設・団体等	氏名	職種	希望会場
例) ○○在宅介護サービス	山口 太郎	ヘルパー	下記参加会場よりお選びください

※参加会場一覧
 (①長門会場 ②宇部会場 ③周南会場 ④山口会場 ⑤下関会場)
 ※申込み〆切、開催日などにつきましては、各会場により異なりますので開催要
 項をご確認の上、ご記入いただくようお願いいたします。

【問い合わせ・連絡先】
 一般社団法人 山口県理学療法士会
 担当者：白川 剛（宇部第一病院 リハビリテーション科）
 TEL (0836) 62-1001