

平成 29 年度一般社団法人山梨県言語聴覚士会
社会局研修会「認知症サポーター養成講座」参加申込書

平成 30 年 2 月 日

送信先	〒409-3898 山梨県中央市下河東 1110 山梨大学医学部附属病院 リハビリテーション部 一般社団法人山梨県言語聴覚士会 社会局 赤池 洋 宛 FAX : 055-273-8372 TEL : 055-273-9805 (リハ室直通)
発信元	貴施設名 : _____ TEL : _____ FAX : _____

参加者

No.	氏名	職種		氏名	職種
(例)	山梨 太郎	S T	1 1		
1			1 2		
2			1 3		
3			1 4		
4			1 5		
5			1 6		
6			1 7		
7			1 8		
8			1 9		
9			2 0		
1 0			2 1		

□お手数ですが、平成 30 年 2 月 23 日 (金) までに FAX にてお申し込み下さい。