

FAX送付状

(FAX送信用紙は不要です)

令和元年度企画研修部研修会（臨床実習）参加申し込み用紙

担当 甲州リハビリテーション病院 宮下大佑 行

FAX 055-262-3727

貴施設名： _____

	氏 名	経験年数 何年目		氏 名	経験年数 何年目
1			14		
2			15		
3			16		
4			17		
5			18		
6			19		
7			20		
8			21		
9			22		
10			23		
11			24		
12			25		
13			26		

*FAX送信の際に文字が読みにくいことがありますので楷書でお願い致します。