

(表紙不要です)

平成 30 年度 リハビリテーション専門職団体協議会
福島県地域医療介護総合確保基金事業

「地域包括ケア推進に資する PT・OT・ST 人材育成研修会」申込み

介護老人保健施設 ひもろぎの園 風岡 都 行

FAX : 024-925-7791 Mail : riha.fukushima@gmail.com

* 申込み締切期日 : 日程プログラムを参照しお申込み下さい

病院・施設名 _____ (_____ 支部)

連絡先 _____

E-mail _____

*お申し込みは参加希望日ごとにお願いたします。

参加希望日 : *希望日に✓を付けてください

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 平成 30 年 11 月 3 日(土) 会津地区 | <input type="checkbox"/> 平成 31 年 1 月 13 日 (日) 相双地区 |
| <input type="checkbox"/> 平成 30 年 11 月 25 日(日) 県中地区 | <input type="checkbox"/> 平成 31 年 1 月 27 日 (日) 県南地区 |
| <input type="checkbox"/> 平成 30 年 12 月 16 日(日) いわき地区 | <input type="checkbox"/> 平成 31 年 2 月 24 日 (日) 県北地区 |

氏 名 (職種)	ベーシック ・ アドバンス
	ベーシック ・ アドバンス

※ベーシック研修もしくはアドバンス研修のどちらを受講されるか○をして下さい。

※用紙が不足する場合はコピーをしてご使用ください。