**（表紙不要です）**

**令和元年度 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**

**「介護予防推進に資するPT・OT・ST人材育成研修会**

**いわき地区」申込み**

**介護老人保健施設ひもろぎの園　風岡 都（理学療法士）行**

**電話：0248-31-8888　FAX：0248-31-8833　＊E-mail：****[riha.fukushima@gmail.com](mailto:riha.fukushima@gmail.com)**

**＊申込み締切：1月18日（土）まで**

**病院・施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　支部）**

**連絡先**

**E-mail**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　名（職種）** | **氏　名（職種）** |
| **例）介護　花子　（OT）** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　※用紙が不足する場合はコピーをしてご使用ください。