別紙２

**令和４年度埼玉県地域リハビリテーション支援セミナー申込書**

令和５年　　月　　日

埼玉県福祉部地域包括ケア課

　地域包括ケア担当　阿部　行

**（E-mail　a3250-04@pref.saitama.lg.jp）**

**（FAX　０４８－８３０－４７８１）**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当部署：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担 当 者：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：

　　　　　　　　　　　　　　　　 　 E-mail：

令和５年３月２８日開催の地域リハビリテーション支援セミナーに参加を希望します。

|  |  |
| --- | --- |
| 役　職（職　種） | 氏　名 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 ※　御参加いただける場合はお手数ですが、**３月２３日（木）まで**に御提出下さい。