

別紙 2 (専門研修 II)

埼玉県福祉部障害者福祉推進課 行

FAX番号 048-830-4789

*送信面を必ず御確認ください(送付票不要)

ふりがな
医療機関名

所在地

担当者名

電話番号

平成 29 年度高次脳機能障害に関する医療関係者向け 専門研修会 受講申込書 (専門研修 II)

専門研修 II (症例検討) 平成 29 年 12 月 6 日 (水) 19:00~20:45

浦和コミュニティセンター会場 (さいたま市) 開催分 を申し込みます。

| ふりがな 氏名 | 職種 (いずれかに○を付けてください) |
|------------|----------------------------|
| | 医師・看護師・OT・PT・ST・CP・その他 () |
| | 医師・看護師・OT・PT・ST・CP・その他 () |
| | 医師・看護師・OT・PT・ST・CP・その他 () |
| | 医師・看護師・OT・PT・ST・CP・その他 () |
| | 医師・看護師・OT・PT・ST・CP・その他 () |

(注) 先着順。定員に達し、御参加いただけない場合のみ当方から御連絡いたします。
医療機関ごとの申込人数の上限はありません。

(申込期限は、平成 29 年 12 月 1 日 (金))