

別紙 2 (専門研修 I)

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 I)

専門研修 I (講演形式) 平成 29 年 11 月 21 日 (火) 19:00~20:45

ウエスタ川越会場 (川越市) 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 ()

(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 11 月 17 日 (金))