

令和元年度 宮城県高次脳機能障害支援普及事業 第一回専門研修会 参加申込書

参加者氏名、所属、職種、電話番号等連絡先を記入の上、
FAXもしくはE-mailにてお申し込み下さい。

申込期限：**令和元年10月11日（金曜日）**

申込み先 東北医科薬科大学病院リハビリテーション部

PT 吉田・OT 清水

FAX 022-259-3015(直通)または

E-mail: kojishien@hosp.tohoku-mpu.ac.jp

氏名	所属	職種	連絡先