平成29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：**平成29年10月13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