

令和6年度 リハビリテーション部会研修会

【参加申込締切日：令和6年10月9日(水)15時まで】

施設名	施設番号 ()		
申込責任者	職名：	氏名：	
いずれかを○で示してください。 1. 下記のとおり () 名参加する 2. 参加できない			
参 加 者 名 簿			
役職	職種	氏名	備考

※ 施設番号は「老健ひょうご第51号」の会員施設支部別表 p13~14 をご参照ください。

— 申し込み先 —
(一社)兵庫県介護老人保健施設協会事務局 宛
FAX: 078-265-6934