

令和８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８年１１月２日(月)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	性 別	備 考

※ 施設番号は「老健ひょうご第55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
 F A X : 0 7 8 - 2 6 5 - 6 9 3 4