

FAX番号 055-989-5557

申込締切：6月30日（金）

静岡県がんのリハビリテーション研修会 申込書

所属名：_____

都道府県名：_____

連絡先： TEL _____ FAX _____

メールアドレス(代表者)：_____

氏 名	ふりがな	職 種
		(該当するものに○をつけてください)
		PT ・ OT ・ ST ・ Dr ・ Ns ・ その他()
		PT ・ OT ・ ST ・ Dr ・ Ns ・ その他()
		PT ・ OT ・ ST ・ Dr ・ Ns ・ その他()
		PT ・ OT ・ ST ・ Dr ・ Ns ・ その他()
		PT ・ OT ・ ST ・ Dr ・ Ns ・ その他()

◆ 講師への質問等があれば御記入ください。

お問合せ 静岡県立静岡がんセンター疾病管理センター
(担当：日吉) TEL 055-989-5222 (内線2118)