第41回 岡山県通所リハビリテーション研究会参加申込み書

平成 年 月 日

施設名	ふりがな		
区分	該当する項目に○をつけてください 通所リハビリ 通所介護 重度認知症患者デイ・ケア 居宅介護支援事業所 その他		
住所	〒		
TEL番号		FAX番号	
備考			
参加者氏名	職種	参加資格	
例) 岡山 太郎	介護福祉士	準会員	

<事前質問事項>

普段の業務の中で、摂食・嚥下に関わる質問事項や聞いてみたいこと等ありましたら、是非ご記入ください。☎