

第12回 岡山県通所リハビリテーション研究大会参加申し込み書

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	

ふりがな 参加者氏名	職種	参加希望グループ			
		※グループ別の詳しいテーマはプログラムを参照下さい ※第1希望には「1」第2希望には「2」とご記入ください			
おかやま たろう 例) 岡山 太郎	介護福祉士	1	認知症・地域ネットワーク		認知症・困難事例
			人権・虐待問題等	2	通リハ・サービス連携
			認知症・地域ネットワーク		認知症・困難事例
			人権・虐待問題等		通リハ・サービス連携
			認知症・地域ネットワーク		認知症・困難事例
			人権・虐待問題等		通リハ・サービス連携
			認知症・地域ネットワーク		認知症・困難事例
			人権・虐待問題等		通リハ・サービス連携
			認知症・地域ネットワーク		認知症・困難事例
			人権・虐待問題等		通リハ・サービス連携
			認知症・地域ネットワーク		認知症・困難事例
			人権・虐待問題等		通リハ・サービス連携
			認知症・地域ネットワーク		認知症・困難事例
			人権・虐待問題等		通リハ・サービス連携
			認知症・地域ネットワーク		認知症・困難事例
			人権・虐待問題等		通リハ・サービス連携

【参加問合せ先】

岡山県通所リハビリテーション協議会事務局

〒701-0204 岡山市大福950-6 あいの里クリニック苑内

TEL 086-281-6622 FAX 086-282-8848