

FAX 送信票

H 年 月 日

送 信 先

FAX 0 1 8 - 8 6 6 - 7 0 2 6

市立秋田総合病院 リハビリテーション科内
秋田呼吸リハビリテーション懇話会 ベーシックコース研修会事務局

送 信 元 (お名前の確認のため、楷書にてご記入ください。)

施設名

所属 (病棟等)

代表者氏名

連絡先 TEL : (必須)

FAX : (必須)

第 19 回ベーシックコース研修会に、以下の内容で参加を申し込みます。

氏 名 楷書でご記入下さい	年齢	性別	職 種 (例:看護師)	弁当注文 (○で囲んで下さい)
		男・女		不要です ・注文します
		男・女		不要です ・注文します
		男・女		不要です ・注文します
		男・女		不要です ・注文します
		男・女		不要です ・注文します

- ・ご宿泊の斡旋は致しません。各自でご用意ください。
- ・参加の可否は代表者の方宛に FAX でお送りいたします。
代表者の方はご一緒にお申し込みの方にご連絡をお願いいたします。
- ・弁当金は 1,000 円 (500 円×2 日分) です。当日受付にてお支払ください。
- ・当会からの参加受付の返信が 1 週間経っても無い場合は、下記にお問い合わせください。

秋田呼吸リハビリテーション懇話会 事務局 笠井

市立秋田総合病院リハビリテーション科 電話 018-823-4171 内線 5210