

<施設代表者会研修会 参加申込FAX>

愛知県理学療法士会 事務局 宛て

(FAX 052-972-6295)

施設名 \_\_\_\_\_

参加者名

\*会員・非会員どちらかに○を、非会員の方は職種をご記入ください

氏名

\_\_\_\_\_  
会員 ・ 非会員 ( 職種 )

• 連絡先

電話

FAX

お問い合わせ先：愛知県理学療法士会事務局

MAIL： office@aichi-pt.jp

\*お問い合わせはメールにてお願い致します

※ 平成28年4月25日（月）までにご返信下さい。