第４回　大分県地域ケア会議アドバイザー強化初任者研修会

申込票

送信先　FAX　097-547-8663

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 所属 | 職種 | 備考 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

※申込締切：令和元年10月11日（金）

問合せ先：

大分県リハビリテーション専門職団体協議会　事務局　日隈

〒870-0038　大分市西春日町3-2　大分県作業療法協会ビル内

TEL097-547-8662