

別紙

**FAX:019-625-7494**

**(公財)いきいき岩手支援財団 小野寺 あて**

※ 添書不要

## 平成 30 年度岩手県リハビリテーション専門職 介護予防従事者第 2 回連絡会議 参加申込書

所属 施設 ・ 所属 機関 名	市町村名		
	施設名・ 部課名		
	TEL		
参 加 者	職 名		
	氏 名		
上記参加者が当 てはまる ところに○印		1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 市町村等職員	1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士 4 市町村等職員

※ 必要事項を御記入のうえ、**平成 31 年 1 月 11 日 (金) までに FAX**でお申込み願います。

〔問い合わせ先〕

(公財) いきいき岩手支援財団  
小野寺

◇電 話 : 019-625-7490

◇FAX : 019-625-7494