

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

**令和元年度
岩手県リハビリテーション専門職
介護予防従事者基礎研修会 受講申込書**

所属先の 市町村			
所属施設名			
		TEL :	
受講者	職名		
	氏名		
上記受講者が 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	1 理学療法士 2 作業療法士 3 言語聴覚士	

※ 必要事項を御記入のうえ、**令和元年5月31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 〕