

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 介護予防従事者地域リーダー養成研修会 受講申込書

市町村名		
所属施設名等		
住 所 等	〒	
	TEL :	FAX :
氏 名		
当てはまる職種等に○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
基礎研修受講者は該当部分 に○印	1 H29 年度基礎研修受講 2 H30 年度第 1 回 (30.6.23) 3 H30 年度第 2 回 (30.8.25)	1 H29 年度基礎研修受講 2 H30 年度第 1 回 (30.6.23) 3 H30 年度第 2 回 (30.8.25)

※ 必要事項を御記入のうえ、**平成 30 年 11 月 24 日 (土) 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