

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 介護予防従事者基礎研修会 受講申込書

受講申込み		◎ 受講を希望する地区に○印をしてください  ( ) 第1回：平成30年6月23日(土)  ( ) 第2回：平成30年8月25日(土)	
所属施設名等			
住所等		〒	
		TEL :	FAX :
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、平成30年6月13日(水)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 嘉明

◇電話：019-625-7490

◇FAX：019-625-7494