

FAX 0749-63-1645

2015 年度滋賀県高次脳機能障害リハビリテーション講習会

参加申込書

◎参加者ご氏名

お名前	市町名	電話番号	職種・所属・一般・学生等	○で囲む
				当事者 家族
				当事者 家族
				当事者 家族
				当事者 家族
				当事者 家族

●身障者用のトイレは会場内にごございます。

■個人情報について

ご記入いただいた内容は、講習会受付名簿にご利用させていただきます。

それ以外の目的に使用することはありません。

● お問合せ先・お申込先 ●

滋賀高次脳機能障害リハビリテーション講習会実行委員会事務局

〒526-0033 長浜市平方町1167-5 脳外傷友の会「しが」内

TEL.090-6607-0600 FAX.0749-63-1645