

# 第11回滋賀県高次脳機能障害リハビリテーション講習会

申込用紙

申込日：平成 年 月 日

**FAX：0749-62-2800**

下記、必要事項をご記入のうえ **平成31年1月12日（土）まで**に、実行委員会事務局へご連絡いただくか、FAXでお送り下さい。

(フリガナ)

代表者氏名： \_\_\_\_\_ ご所属名： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ F A X： \_\_\_\_\_

E-mail： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

該当するところを○で囲ってください。

No.	フリガナ	当事者・家族・ <input checked="" type="radio"/> 医療職・介護職・福祉職・一般・その他 (医療・介護・福祉の方は職種・その他の方はご所属を記入下さい)
	氏名	
1		当事者・家族・医療職・介護職・福祉職・一般・その他 ( )
2		当事者・家族・医療職・介護職・福祉職・一般・その他 ( )
3		当事者・家族・医療職・介護職・福祉職・一般・その他 ( )
4		当事者・家族・医療職・介護職・福祉職・一般・その他 ( )
5		当事者・家族・医療職・介護職・福祉職・一般・その他 ( )
6		当事者・家族・医療職・介護職・福祉職・一般・その他 ( )

お預かりした個人情報は、事務局が責任を持って管理し、当イベントの運営以外に使用いたしません。

## 申込用紙FAX送信先

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：(一社)なないろ / 脳外傷友の会しが

TEL: 0749-62-2800 FAX: 0749-62-2800