

# [介護支援用福祉用具 セミナー] 参加申込書

お申し込み FAX 025-244-0050 (みどり病院 担当:佐藤まで)

申込日 平成22年 7月 日

|       |     |        |                             |
|-------|-----|--------|-----------------------------|
| 参加施設名 |     |        |                             |
| 住所    | 〒   |        |                             |
| 電話番号  |     | FAX 番号 |                             |
|       | 氏 名 | 職 種    | 昼食希望<br>(希望者は○を<br>入れてください) |
| 参加者 ① |     |        |                             |
| 参加者 ② |     |        |                             |
| 参加者 ③ |     |        |                             |
| 参加者 ④ |     |        |                             |
| 参加者 ⑤ |     |        |                             |
|       |     |        |                             |
|       |     |        |                             |
|       |     |        |                             |

【会場】総合リハビリテーションセンター・みどり病院 6階 リハビリ室

〒950-0983 新潟市中央区神道寺 2-5-1 電話 025-224-0080 (事務:佐藤真由美 まで)  
(内線 578)

昼食希望者は昼食欄に○を入れてください、お弁当を用意します。(500円程度当日徴収)

定員: 30名を予定しています。定員になりましたら、締め切らせていただきます。