

第4回 大分県地域ケア会議アドバイザー強化初任者研修会

申込票

送信先 FAX 097-547-8663

	氏名	所属	職種	備考
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

※申込締切：令和元年10月11日（金）

問合せ先：

大分県リハビリテーション専門職団体協議会 事務局 日限
〒870-0038 大分市西春日町3-2 大分県作業療法協会ビル内
TEL097-547-8662