

平成 28 年度 高次脳機能障害地域支援ネットワーク

中国ブロック研修会 参加申込書

平成 年 月 日

所属（機関名）

住所 〒 _____
_____ 県

代表者ご連絡先
・ 電話 () _____
・ FAX () _____
・ 電子メール _____

(ふりがな) 氏 名	所属等	研修会 (13:00~ 16:00)	懇親会 (18:30~ 20:30)
()			
()			
()			
()			

* 研修会及び懇親会（参加費おひとり 6000 円）に参加される方は、それぞれ○をご記入ください。

提出期限：平成 29 年 2 月 20 日（月）必着

提出先 〒739-0036 東広島市西条町田口 2 9 5 - 3
広島県立障害者リハビリテーションセンター
広島県高次脳機能センター
TEL 0 8 2 - 4 2 5 - 1 4 5 5 FAX 0 8 2 - 4 2 5 - 1 0 9 4
電子メール koujinou2@hiroshima-wsc.jp