「リハビリテーションの視点を導入した
ケアプラン作成モデル」
～事例発表を通じて～

参加申し込み票

【申込先】 農協共済中伊豆リハビリテーションセンター内

広域支援センター事務局　井原・菊地（地域連携推進部地域連携課） 行

FAX 番号：0558-83-2202

平成 30 年 12 月 16 日（日）の研修会に参加します。

※参加者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（※職種：　　）

※所 属 機 関 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※FAX：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※その他：（内容：　　）

※受講証明書　　必要　　・　　不要

備考
①参加者 1 名につき、申し込み用紙 1 枚でお願いいたします。
②※印の部分を記入後、FAXにて申し込みください。
③申し込みと同時に受付完了となります。受講決定通知の発送はいたしません。
④申し込み締め切りは 11 月 22 日（水）必着となります。
⑤ご記載いただきました個人情報は、本研修会に関するご対応のために、当院の担当者よりご連絡させていただく場合のみに使用し、その他の目的には一切使用いたしません。

※申し込みの内容に変更がある場合は、事務局井原・菊地（0558-83-2111）までご連絡ください。

駿東・田方地域リハビリテーション強化推進事業