・・・・・・・・・・申　し　込　み　用　紙・・・・・・・・・・

臨床技術研修会参加申込書（兼　FAX 送信書）

宛先　　岩手県立千厩病院　リハビリテーション技術科　今宮　正彦　行
連絡先　　岩手県一関市千厩町千厩字草井沢 32-1　TEL0191-53-2101

FAX　0191-52-3478

差出人

所属 _____

連絡先 _____

氏名	協会番号	県士会番号	公文書	備考 （懇親会）
			有 ・ 無	
			有 ・ 無	
			有 ・ 無	
			有 ・ 無	
			有 ・ 無	
			有 ・ 無	
			有 ・ 無	
			有 ・ 無	
			有 ・ 無	