**（表紙不要です）**

**平成29年度 リハビリテーション専門職団体協議会**

**福島県地域医療介護総合確保基金事業**

**「トップランナーセミナー」申込み**

**一般財団法人　太田綜合病院附属太田西ノ内病院　　作業療法科　宗像暁美　行**

**FAX：024－925－7791　　Mail：****fukushima.ot.tiikihoukatukea@gmail.com**

**＊申込み締切：平成29年10月20日**

**病院・施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　支部）**

**連絡先**

**E-mail**

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　名（職種）** | **氏　名（職種）** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　※用紙が不足する場合はコピーをしてご使用ください。