**（表紙不要です）**

**2019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**

**「介護予防推進に資するPT・OT・ST人材育成研修会」申込み**

**介護老人保健施設ひもろぎの園　風岡 都（理学療法士）行**

**電話：0248-31-8888　FAX：0248-31-8833　＊E-mail：****riha.fukushima@gmail.com**

**＊申込み締切：プログラムを参照しお申込み下さい**

**病院・施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　支部）**

**連絡先**

**E-mail**

**＊お申し込みは参加希望日ごとにお願いいたします。**

**参加希望日：＊希望日に✔を付けてください**

* 令和元年10月12日(土)　会津地区　　□ 令和2年1月11日（土）相双地区
* 令和元年11月 9日(土)　いわき地区 　□ 令和2年2月2日（日）県南地区
* 令和元年12月 8日(日)　県中地区　　 □ 令和2年2月22日（土）県北地区

|  |  |
| --- | --- |
| **氏　名（職種）** | **氏　名（職種）** |
| **例）介護　花子　（OT）** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　※用紙が不足する場合はコピーをしてご使用ください。