

F A X 送信書

秋田県健康福祉部 障害福祉課 調整・障害福祉班 あて

F A X 番号 0 1 8 - 8 6 0 - 3 8 6 6

平成25年度
高次脳機能障害及びその関連障害に対する
支援普及事業支援担当職員研修会

参加申込書

所属機関名 _____

担当者名 _____

電話番号 _____

【参加者】※参加会場に○をしてください。

No	職名	氏名	参加会場
1			県北・中央・県南
2			県北・中央・県南
3			県北・中央・県南
4			県北・中央・県南
5			県北・中央・県南

2月24日(月)まで申込みして下さるようお願いします。