

高次脳機能障害 当事者・家族・支援者 交流会

総合病院国保旭中央病院 リハビリテーション科 今野 宛
FAX:0479-63-8580

【参加申込書】

フリガナ	
氏名	
電話番号	
メールアドレス	
お住いの市町村	市・町・村

フリガナ	
氏名	
電話番号	
メールアドレス	
お住いの市町村	市・町・村

フリガナ	
氏名	
電話番号	
メールアドレス	
お住いの市町村	市・町・村

フリガナ	
氏名	
電話番号	
メールアドレス	
お住いの市町村	市・町・村

※感染症予防対策として会場にて下記にご協力をお願い致します

- ①マスク着用 ②手洗い・手指消毒

※参加申込書提出後に欠席となる場合は、電話でのご連絡をお願い致します