

但馬長寿の郷地域ケア課 永田 宛 FAX 079-662-9959

平成 29 年度 デイサービス向けリハビリテーション研修 申込書

所 属	職 種	お名前

平成 29 年 12 月 8 日（金）17 時までにお申し込みください。

代表者

電話番号

※悪天候等による中止などの連絡をとるための連絡先です。
当日連絡が取れる電話番号を御記入ください。