受講を希望される方は、必要事項をご記入の上、送信してください。

◎FAX番号は、お間違いのないようにお願いいたします。

FAX

046-249-2601

『 高次脳機能障害セミナー 就労支援編 』 申込書

氏　名	フリガナ（　　）	職　種	
勤務先名		経験年数	年
連絡先住所	〒（　　－　　） 自宅 ・ 勤務先 ※どちらかに○をしてください		
電話番号		FAX	
メールアドレス			

＊お申し込みの際の情報は、当研修以外で使用することはありません。

＊上記アドレス宛に、受講決定通知や研修会についてのお知らせを送信しますので、
お申し込み者（個人）に届くメールアドレス の記載をお願いいたします。
なお、chiiki-shien.kensyu@kanagawa-rehab.or.jp からのメールが受信できるように設定をお願いします。

＜問い合せ先＞　神奈川県リハビリテーション支援センター　　担当：砂川・小泉・清水
〒243-0121 厚木市七沢５１６
☎：046-249-2602　FAX：046-249-2601