出席者確認表

＊当日、出席者の名簿を作成し、皆様に配布させていただく関係上
こちらの用紙にご記入の上、下記FAX番号に　**6月　29日（土）**迄に
ご返送くださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

FAX番号：046-271-1220（みどり野リハ代表番号）

医療連携室：安藤宛

ご施設名：

参加者お名前	1部・懇親会参加	1部のみ参加	懇親会のみ参加
（例）みどり野　リハ子	○		