

# 申込書

|  |        |   |                |
|--|--------|---|----------------|
| 団体名  |        |   |                |
| 申込担当者  |        |   |                |
| 住所   |        |   |                |
| 連絡先  | TEL    |   |                |
|  | e-mail |   |                |
| 参加者名簿1   |        |   | 職業：            |
| 昼食(1食：600円)  | 食数     | 食 | 領収書： 有 ・ 無 宛先： |
| 講習会について質問等ありましたらご記入ください  |        |   |                |
| 申し込み・問い合わせ先：こころの医療センター五色台 作業療法課 作業療法士 詫間隆平<br>TEL：0877-48-2700 FAX：0877-48-2886 e-mail：gosikihp@mail.kbn.ne.jp |        |   |                |