

公益社団法人全国老人保健施設協会

## 2021 年度リハビリテーション研修会 申し込み変更等連絡票

変更等連絡日： 年 月 日

参加申込者名： \_\_\_\_\_

受講 I D： \_\_\_\_\_

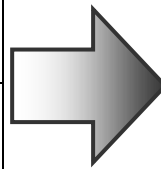
所 属： \_\_\_\_\_

事務連絡者名： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_

FAX： \_\_\_\_\_

内容	申し込み時の内容
申し込みについて	
その他 (変更・修正等)	



変更後の内容

送付先：公益社団法人全国老人保健施設協会 宛

**FAX 番号：03-3432-4166**