

# 作業療法に関する説明会 参加申し込みファックス用紙

学校名： \_\_\_\_\_ ご担当者： \_\_\_\_\_

TEL： \_\_\_\_\_ FAX： \_\_\_\_\_

## <参加者名簿>

	氏 名	学 年
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

締め切り: 8月8日(金)

《送り先》 高松協同病院 西病棟 戸田洋子

Fax (087)833-2880      Tel (087)833-2330