

※別紙、添書及びFAX送信票等は不要です

申し込み用紙 (FAX 送信票)

<送信先>

独立行政法人国立病院機構青森病院
療育指導室 児童指導員 澤田 周平 行

FAX : 0 1 7 2 - 6 2 - 7 2 8 9

TEL : 0 1 7 2 - 6 2 - 4 0 5 5

在宅支援研修会 参加申込書

施設・団体名 _____

連絡先 _____

職 種	ご氏名(ふりがな)	受講案内を受け取る メールアドレス

一施設、一団体に1つの端末を利用して受講する場合であっても、**受講者（視聴者）全員のお名前をご記入**ください。

受講案内を受け取るメールアドレスは、端末を操作する代表者のみでかまいません。

※ ご記入していただいた個人情報は、当院で管理し第三者には開示いたしません。