

別添

FAX : 019-625-7494

(公財) いきいき岩手支援財団 岩手県高齢者総合支援センター 吉田 あて

※ 添書不要

令和8年度
岩手県地域ケア会議に参画するリハビリテーション
専門職育成研修会(6/17)
受講申込書

所属					
連絡先		TEL :	メール :		
受講者	職				
	氏名				
上記受講者が当てはまるところに○をつけて下さい。		1. 理学療法士 3. 言語聴覚士 5. 管理栄養士 7. 市町村包括	2. 作業療法士 4. 薬剤師 6. 歯科衛生士 8. ケアマネ	1. 理学療法士 3. 言語聴覚士 5. 管理栄養士 7. 市町村包括	2. 作業療法士 4. 薬剤師 6. 歯科衛生士 8. ケアマネ
個人情報掲載の同意 (氏名の掲載を不可とする場合は、右欄に×を記載してください。)					

※ 必要事項を記入のうえ、**令和8年6月3日(水)までにFAX**で申し込んでください。

定員を超えた場合は調整する場合があります。なお、受講できない場合は事務局から連絡します。

〔問い合わせ先〕

岩手県高齢者総合支援センター 担当：吉田、高橋

◇電話：019-625-7490

◇FAX：019-625-7494

◇メール：ta-yoshida@silverz.or.jp