

出前リハビリ講座申込書

年 月 日

団体:組織名			
代表者名		担当者	
連絡先住所			
電話番号		F A X	
E-Mail			

希望日時	年 月 日()	時 分 ~	時 分
希望会場名			
会場所在地	電話 :		
今、何に困っていますか？何の指導が受けたいですか？			
参加予定人数	名		
備考			

【申し込み・お問合せ先】

〒731-5143 広島市佐伯区三宅6-265

医療法人社団 朋和会 西広島リハビリテーション病院 事業局 吉野

電話 082-921-3230(代表) FAX 082-921-3237

URL: <http://www.welnet.jp> E-Mail: wel@welnet.jp

必要事項をご記入の上、お申し込みください。
担当者から詳細についてご連絡させていただきます。