

送 信 用

「高次脳機能障害者支援のための研修会（基礎編）」参加申し込み

【送信先】 F A X : 0 9 9 - 2 2 8 - 9 5 5 6 大園, 田中 行き
高次脳機能障害者支援センター（鹿児島県精神保健福祉センター）

施 設 名		電 話 ()	F A X ()
-------	--	---------	-----------

(1) 研修会の出欠

①出席する

②欠席する

(2) 出席者



職 名	氏 名

(3) 研修会で講師に質問したいことがありましたらお書きください

※ 申し込み期間：平成27年11月16日（月） まで

人数が定員になり次第締め切らせていただきます