

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