

FAX 送信票

(医)三成会 南東北春日リハビリテーション病院
春日リハビリテーション・ケアセンター
地域リハビリテーション交流セミナー

参加申込書

【送信先】

(医)三成会 春日リハビリテーション・ケアセンター
リハビリテーション科 理学療法士 平野雄三 宛

FAX:0248-63-7265

〒962-0817

須賀川市南上町123番地の1

TEL:0248-63-7279

施設名			
代表者名		連絡先	
参加者氏名		職種	

※足りない場合は、お手数ですがコピーしてお使いください。