|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **施設名** | **職種** | **氏名** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**第１回　徳島県自動車運転支援研修会**

**参加申し込み**

**※申し込み期間は3月18日までとさせていただきます。申し込みが出来なかった場合におきましても当日参加可能であります。皆様の参加をお待ちしております。**

**申し込み用紙に施設名・職種・氏名をご記入の上、下記FAX番号にて送信してください。**

**また、ご不明な点がございましたら、下記電話番号にてお問い合わせください。**

**問い合わせ先**

**いちえ会　伊月病院　リハビリテーション部　作業療法士　吉岡諒**

**TEL：(０８８)６２２－１１１７　FAX：(０８８)６２２－１１８１**