**丹波圏域リハビリテーション支援センター　講師派遣・相談 申込書**

FAX ０７９（５５２）７３８２

兵庫医科大学ささやま医療センター　リハビリテーション室内

　　　　 　　　丹波圏域リハビリテーション支援センター　　村上　行

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

下記に依頼内容をご記入いただき、FAX又は郵送にてご連絡ください。

後日、内容の詳細について、当センターからご連絡させていただきます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内容 | | □ 講師派遣　　　　□ 相談および個別ケース相談　　　　□ その他  ＊ZOOMでの対応希望：□あり　□なし | | | | | | |
| 希望時期 |  | | 希望場所 | | |  | | |
| 具体的内容についてご記入ください  （個別ケース相談の場合は疾患名や相談したい内容などを具体的にご記入ください） | | | | | | | | |
| 事業所名 | |  | | | | | | |
| 申込者氏名 | |  | | | 職種 | | |  |
| 住所 | |  | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | FAX番号 | | |  | |
| E-mail | |  | | | | | | |