

送信先

山口リハビリテーション病院

083-921-1616(TEL)

083-925-2550(FAX)

平成26年度 リハビリテーション見学会 申し込み書

氏名	ふりがな	年齢		性別	男・女
連絡先	(〒 -)				
住所					
電話番号					
所属 施設・学校					
有資格者 (経験年数)	理学療法士(年目) ・ 作業療法士(年目) ・ 言語聴覚士(年目)				
学生 (学年)	理学療法学科(年) ・ 作業療法学科(年) ・ 言語聴覚学科(年)				
見学・体験 希望	成人 (理学療法 ・ 作業療法 ・ 言語聴覚療法) 、 小児 (作業療法)				

*** 申し込みを受け付けた旨を電話にてご連絡しますので、電話番号は必ずご記入ください**

*** 人数を把握するため、アンケートにご協力ください**

・就職説明会の参加希望について選択してください

希望する ・ 希望しない

・当日の交通手段は何ですか？

自家用車 ・ 公共交通機関 ・ その他()