

送信先

山口リハビリテーション病院

083-921-1616(TEL)

083-925-2550(FAX)

## リハビリテーション見学会 申し込み書

\* 参加希望日を○で囲んでください

8月10日(土)

・

8月31日(土)

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	理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士				
学生	理学療法学科( 年) ・ 作業療法学科( 年) ・ 言語聴覚学科( 年)				

\* 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

\* 概ねの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( )