

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

氏名 *	ふりがな	年齢		性別	
連絡先	(〒 -)				
住所 *					
電話番号					
所属 病院・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ハガキにてご連絡しますので
氏名、郵便番号、住所を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**

・治療体験について希望があれば1つ選択してください

自動車訓練 ・ 調理訓練 ・ 作業活動 ・ フラワーアレンジメント教室 嚥下食作り ・ VE(VF) ・ PAS system 体験 ・ 下肢装具体験
--

・合同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
