

Fax 返信

0944-72-1127

平成 16 年 月 日

柳川リハビリテーション病院眼科

高橋 広 宛

**成人・高齢者のロービジョンケア研修会
参加申込書**

() 1. 申し込みます(9月18日～20日)

() 2. 9月19、20日のみ申し込みます

9月19日懇親会があります。をつけて下さい

(参加 不参加)

連絡事項:

所属:

氏名:

職種: 経験年数

連絡先:(〒)

TEL: FAX:

メール:

宿泊は各自で手配ください。

参加費15000円は全員で、8月31日までに銀行にお振込ください。

福岡銀行柳川支店普通預金 1774431 柳川リハビリテーション病院眼科研修会代表高橋 広
柳川リハビリテーション病院眼科