

Fax 返信

0944-72-1127

平成 17 年 月 日

柳川リハビリテーション病院眼科

高橋 広 宛

ロービジョンケア研修会：中級コース

参加申込書(〆切8月31日)

() 1. 申し込みます(9月23日～25日)

() 2. 9月24、25日のみ申し込みます

9月24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：

折り返し、当方から連絡がない場合受講可能ですので、宿泊は各自で手配ください。
また、参加費15000円は全員で、懇親会参加者は6000円を加え、9月9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