ＦＡＸ送信票

**宛 先：仙台市障害者総合支援センター**

**地域リハビリテーション推進係　髙森 行**

**（FAX　022－371－7313）**

平成　　年　　月　　日

**件名：平成30年度高次脳機能障害支援者**

希望研修に○をつけて下さい

**ステップアップ研修申込み**

参加者代表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ： | 所属： | 職種： | 中級編上級編 |
| 連絡先（E mail） |  |
| 連絡先（電話・FAX） |  |
| 事業所住所 | 〒 |

※メールに添付して事前に資料をお送りする予定です。kos005380＠city.sedai.jpからのメールを受信できるよう設定しておいて下さい。

他参加者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 所属 | 職種 | 受講研修 |
|  |  |  | 中級編上級編 |
|  |  |  | 中級編上級編 |
|  |  |  | 中級編上級編 |