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基礎講座　申込み**

参加者代表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ： | 所属： | 職種： |
| 連絡先（E mail） |  |
| 連絡先（電話/FAX） |  |
| 事業所住所 | 〒 |

他参加者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 所属 | 職種 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※定員50名（先着）。申し込み締め切りは5月10日（木）17時まで。