山形県理学療法士会創立50周年記念事業出席申込書

送信先：山形県立中央病院　石沢　栄太　あて

FAX番号：023-685-2676

施設名

ご担当様

連絡先電話番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ご　氏　名 | 記念講演 | 記念式典 | 祝賀会 |
| １ |  | 出席・欠席 | 出席・欠席 | 出席・欠席 |
| ２ |  | 出席・欠席 | 出席・欠席 | 出席・欠席 |
| ３ |  | 出席・欠席 | 出席・欠席 | 出席・欠席 |
| ４ |  | 出席・欠席 | 出席・欠席 | 出席・欠席 |
| ５ |  | 出席・欠席 | 出席・欠席 | 出席・欠席 |
| ６ |  | 出席・欠席 | 出席・欠席 | 出席・欠席 |
| ７ |  | 出席・欠席 | 出席・欠席 | 出席・欠席 |
| ８ |  | 出席・欠席 | 出席・欠席 | 出席・欠席 |
| ９ |  | 出席・欠席 | 出席・欠席 | 出席・欠席 |
| １０ |  | 出席・欠席 | 出席・欠席 | 出席・欠席 |

* 氏名をご記入の上、出欠に○をご記入ください。

申し込み締め切り　令和6年1月17日

〒990-2298 山形市青柳1800番地

山形県立中央病院リハビリテーション室　石沢　栄太

電話023-685-2638