

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