送付先

　〒072-0015

　美唄市東4条南1丁目３－１

FAX　０１２６－６３－２８５３

北海道せき損センター

　　中央リハビリテーション部長　佐藤　貴一

|  |  |
| --- | --- |
| リハビリテーション科見学会申込書 | |
| 1. 希望日 | 8月23日　　　9月13日　　　10月 4日  希望する日にちに○をおつけ下さい |
| 1. 所属 | 学校名(学年)／施設名（経験年数） |
| ③参加者 | 氏名：  性別：  メールアドレス：  連絡先Tel番号： |
| ④質問・  要望事項 |  |