宇多野病院 地域医療連携室　宛

**ＦＡＸ送信番号：０７５－２７５－７４３１**

**または、405-iji@mail.hosp.go.jp**

地域医療連携室　宛

ＦＡＸ送信番号：０７５－４６１－５１５２

令和７年度　京都市域リハビリテーション協力病院事業

研修会

『パーキンソン病患者さんへのＡＤＬ介助について』

＜参加申込書＞

下記に必要事項をご記入のうえ、この用紙をＦＡＸ送信してください。

|  |
| --- |
| 事業所名 |
| 申込者氏名 |
| 電話連絡先 |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |

　　後日、このメールアドレスに参加用のＵＲＬを送信しますので、研修当日の

開始時間前にアクセスして下さい。また、研修会資料等も添付します。

参加者氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　名 | 職　種 | 経験年数 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |