

FAX 番号 072-367-0273



社会医療法人 さくら会

さくら会病院



リハビリテーション科施設見学会 および説明会参加申込書

| | |
|---------|--|
| ① 氏 名 | |
| ② 学 校 名 | |
| ③取得見込資格 | 理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 |
| ④ 連 絡 先 | ☎ |
| ⑤参加希望日 | *ご希望日に○をしてください。 2016年 8月6日(土) ・ 10月1日(土) 時間はいずれも 14:30~17:00 (受付開始 14:15~) 集合場所: 社会医療法人さくら会 さくら会病院 1階 リハビリテーション科 受付 〒589-0011 大阪府大阪狭山市半田 5-2610-1 代表 072-366-5757 担当: <u>リハビリテーション科 伊藤 ・ 業務課 和田</u> |

申込書をご記入の上、FAX してください **FAX 番号 072-367-0273**

※こちらは FAX 以外にお電話・メールでも受け付けしております→wada@sakurak.jp

メールでのお申し込みの場合①~⑤をご記載ください。