

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	10月24日(土) ・ 11月28日(土) *ご希望日に○をしてください。 時間はいずれも 14:00~17:00 (受付開始 13:45) 場所: 社会医療法人さくら会 さくら会病院 2階会議室 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。