

## 勉強会申し込み書

月 日 (第 回)の勉強会に参加します。

ふりがな	PT.・OT	期生
氏名	※会員No	
住所 郵便番号		
TEL	FAX	
E-mail		
勤務先		
住所 郵便番号		
TEL	FAX	
E-mail		

連絡・お問い合わせ先(送付先)

066-0055 千歳市里美2丁目10番地  
北海道千歳リハビリテーション学院内 学友同窓会事務局  
FAX :0123 -28 - 5335