

『専門相談』申込書

(下記支援センターへFAXにて申し込みください)

申込日 平成 年 月 日						
相談者	所属機関名					
	氏名				職種	
	連絡先	自宅	TEL		FAX	
		勤務先				
相談内容	*相談内容についてお書き下さい					

地域リハビリテーションいわき地区広域支援センター
(FAX/0246-58-7032)

〈地域リハビリテーションいわき地区広域支援センターに関するお問い合わせ〉
かしま病院内事務局
TEL 0246-58-8010