

FAX番号:0985-31-3553

宮崎県身体障害者相談センター 池袋・中村 行

高次脳機能障がい研修会
参加申込書

- ・職 場 名
- ・申込者連絡先 (TEL)

所 属 名	職 種	氏 名

平成30年1月26日(金)までにFAXにてお申込みください。