

参加申込書

(一社)日本脳損傷者ケアリング・コミュニティ学会事務局宛

FAX : (03)5432-9338

お名前 (車イス使用の有無)	職種 または障害本人	所属	連絡先
フリガナ			
フリガナ			
フリガナ			

※募集定員を満し、受講できない場合のみご連絡いたします。
 ※申し込みの際に頂いた個人情報、承諾なしに第三者には提供いたしません。
 ※参加費は、当日受付にてお支払いください。

