

FAX送信票



宛 先：仙台市障害者総合支援センター

事業係 高森 行

(FAX 022-371-7313)

平成 年 月 日

件名：平成30年度高次脳機能障害支援者

ステップアップ研修申込み

参加者代表

ふりがな 氏名：	所属：	職種：	中級編 上級編
連絡先 (E mail)			
連絡先(電話・FAX)			
事業所住所	〒		

※メールに添付して事前に資料をお送りする予定です。kos005380@city.sedai.jpからのメールを受信できるよう設定しておいて下さい。

他参加者

氏名 (ふりがな)	所属	職種	受講研修
			中級編 上級編
			中級編 上級編
			中級編 上級編