

令和7年度 地域リハビリテーション出張講座 申込書兼 FAX 送信票 (FAX 0994-31-1288)

時間：30分～60分（ご要望に対応します） 費用：無料

<p style="text-align: center;">依 頼 内 容</p> <p style="text-align: center;">ご希望の項目に ☑してください</p>	<p><input type="checkbox"/> 転倒予防体操（ロコモ・フレイルと予防体操）</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔ケア（嚥下機能と嚥下体操含む）</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症予防（認知機能と予防運動）</p> <p><input type="checkbox"/> 骨粗鬆症予防（検査・薬・栄養・運動）</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ご要望があれば記載ください ()</p>																								
サ ロ ン 名																									
会 場 名																									
会 場 住 所																									
参 加 人 数	約 名																								
申 込 者 お 名 前																									
連 絡 先	() - () - ()																								
希 望 日 時	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;">第 1 希 望</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">令和</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">日</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">曜日</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">:</td> <td style="text-align: center;">~</td> <td style="text-align: center;">:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">第 2 希 望</td> <td style="text-align: center;">令和</td> <td style="text-align: center;">年</td> <td style="text-align: center;">月</td> <td style="text-align: center;">日</td> <td style="text-align: center;">曜日</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">:</td> <td style="text-align: center;">~</td> <td style="text-align: center;">:</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	第 1 希 望	令和	年	月	日	曜日		:	~	:			第 2 希 望	令和	年	月	日	曜日		:	~	:		
第 1 希 望	令和	年	月	日	曜日																				
	:	~	:																						
第 2 希 望	令和	年	月	日	曜日																				
	:	~	:																						

* 提供頂いた情報は、地域リハビリテーション以外の目的に使用いたしません。

* 申込みは、この用紙にご記入いただき、FAX にて送信してください。

≪お問い合わせ≫

恒心会おぐら病院 広域リハビリテーションセンター 担当：永濱智美（ナガハマ トモミ）・梅本
TEL：0994-43-6261 / FAX：0994-31-1288