

伊勢崎地域リハビリテーション広域支援センター 実地指導FAX申込書

◎送信先：伊勢崎地域リハビリテーション広域支援センター（FAX 0270-23-2657）

申込日	令和 年 月 日 ()
申込者	所属
	氏名 職 種
	電話番号 FAX番号
希望日時	令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分から 時 分まで
実施指導 希望内容等	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
*指導内容分類	(リハビリ ・ 福祉用具 ・ 住宅改修 ・ その他)
*内 訳	(市町村・医療機関・入所施設・在宅関係事業所・その他)

※人員等の関係で、必ずお受けできるものではありません。

※日程調整の必要がございます。

*印は事務的な処理に使用しますので、記入しないで下さい。