

地域リハビリテーション活動支援事業 (リハ職同行アセスメント)研修会申込書

高知市基幹型地域包括支援センター 小川・岡崎・澤本・北川 行
(FAX:821-6088)

※必要事項をご記入のうえ、令和7年10月17日(金)までにFAXにてお申込みください。

所 属	
連 絡 先	TEL: FAX:
記入者氏名	

研修場所・日時

※出席日時に○をお願いします

場 所	高知市保健福祉センター3階大会議室(高知市塩田町18-10)		
参加者氏名	職 種	【基礎編】 10月24日(金) 18:30~20:15	【実践編】 11月1日(土) 13:30~16:30
例)高知 花子	例)ケアマネジャー	○	○

問合せ先

〒780-0065 高知市塩田町18番10号

高知市保健福祉センター 1 階

高知市基幹型地域包括支援センター

担当：小川・岡崎・澤本・北川

TEL：088-823-4014 FAX：088-821-6088