

FAX で申し込み希望の方は、こちらの用紙をご利用ください。

氏名	所属先 職種	TEL	メールアドレス

FAX : (0858) 43-2732

三朝温泉病院 リハビリテーション科 作業療法士 松本周三 宛

問い合わせ先 : tottoriot_mtdlp@yahoo.co.jp 鳥取県生活行為向上マネジメント委員会 土井宣幸

参加申し込み締め切り : 令和4年1月2日(日)

申込みの際にご記入いただきました個人情報は本研修以外の目的には使用いたしません。

ご意見・ご質問
