

## 平成29年10月～12月期 参加申込書

参加をご希望の方は、この申込書に必要事項をご記入の上  
 郵送、FAX、E-mailでお送りください  
 参加可否については、改めてご連絡させていただきます。



参加される方についてご記入ください。

フリガナ		性別	年齢
氏名		男 ・ 女	
住所	〒 — —		
連絡先 電話番号	自宅 — — 携帯 — —	FAX — —	

参加される方以外で連絡が取れる緊急連絡先

氏名	
連絡先 電話番号	自宅 — — 携帯 — —



次の質問の該当するところに○印をつけてください。

歩行状態	お一人で移動できる（杖の利用も含む） ・ 介助が必要
ご希望の曜日	木 ・ 金

### 《申込書送付先》

郵送 : 〒738-0033 廿日市市串戸五丁目1番37号  
 あまのクリニック 在宅リハビリテーション課 作野 凌  
 FAX : 0829-31-5115 (問い合わせ電話 0829-31-5218)  
 E-mail : cl-reha@amano-reha.com