

# 地域リハビリテーション 相談申込書

平成 年 月 日

十勝地域リハビリテーション広域支援センター 様

申込者団体名	
団体責任者名	
住 所	〒
電 話	
F A X	

地域リハビリテーションについての相談を下記の通りに申し上げます。

1	希望する相談職種：
2	相談内容：

# 相談

十勝地域リハビリテーション広域支援センター事務局

**FAX. 0155-49-6367**