

平成 年 月 日

高次脳機能障害者支援の手引き申込書

国立身体障害者リハビリテーションセンター更生訓練所
所長 江藤文夫様

下記の要領で高次脳機能障害者支援に係る研修事業を開催致しますので、高次脳機能障害者支援の手引きを送付願います。

住所
所属機関・
役職
氏名 印

必要部数 部

送付先住所
名称・氏名
電話・FAX

研修事業名

開催日時 平成 年 月 日 開催場所

開催団体・責任者 名称・氏名
連絡先

参加予定者数 人

参加予定者の職種	行政職	人	P T	人
	医師	人	O T	人
	MSW	人	S T	人
	P S W	人	臨床心理士	人
	C W	人	その他	人

添付：開催通知の写しまたは開催案内