

# FAX送信票

**FAX (089) 975-0603**

**松山リハビリテーション病院  
高次脳機能障害支援室 宛**

**平成30年度**

**一般社団法人日本損害保険協会助成事業**

**リハビリテーション講習会**

※所属機関名/連絡先を 空きスペースにご記入下さい。

ふりがな 氏 名	職 種

**申込締切:9/21(金)**

**皆様のお申し込みをお待ちしております!**

