

参加申込書

(一社)日本脳損傷者ケアリング・コミュニティ学会事務局宛

FAX : (03)5432-9338

お名前 (車イス使用の有無)	職種 または障害本人	所 属	連絡先	参加日	
				3/9	3/16
フリガナ					
フリガナ					
フリガナ					

※募集定員を満たし、受講できない場合のみご連絡いたします。

※申し込みの際に頂いた個人情報は、承諾なしに第三者には提供いたしません。



参加が決定した後、参加費支払いの方法と事例の情報に関してのご連絡をいたします。