

受付日 年 月 日

かがわ総合リハビリテーションセンター  
 どこでも出前講座申し込み表（ 一般 ・ 支援者 ）

機関名		担当者	
電話番号		FAXまたはe-mail	
希望日時 (日にちと時間)	第1希望		
	第2希望		
	第3希望		
会場名			
住所	〒		
必要な準備物			
対象者について (年齢、障害種別等)			
人数	参加者	名	介助者 名 職員・スタッフ等 名
内容 (テーマなど)			
希望講師 (☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 療法士（作業・理学・言語） <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 健康運動指導士 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 公認心理士 <input type="checkbox"/> 体育指導員 <input type="checkbox"/> 就労支援員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 当事者講師 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
その他			