

# 戸田中央リハビリクリニック市民公開講座申込書

申込日：平成 年 月 日

下記の必要事項を記入して、お申し込みください。

申込者

ふりがな			
氏名			
年齢		性別	男 ・ 女
生年月日	昭和・平成	年	月 日
ふりがな			
住所	〒		
TEL		携帯番号	

\*送付状は不要です。このままお送りください。

【返信先】 戸田中央リハビリテーション病院(総務課 山田)  
FAX 048-442-3500