

城南区出張講座 参加申込書

FAX:092-861-4807 理学療法科 福井宛

会場	会場名	
	〒	
開催希望日	第一候補日/時間	第二候補日/時間
	月 日 時～	月 日 時～
参加人数 (おおまかな予定で結構です)	名	
希望するテーマ		
備考		
	フリガナ	
代表者 お名前		
代表者 ご連絡先		

※電話でのご相談、お申し込みも承ります。お気軽にお電話ください。



お問い合わせ

070-1989-8281(福井) / 092-864-6556(代表)

医療法人社団正樹会 佐田整形外科病院 理学療法科 福井