

お申し込み方法

- Googleフォームより
右記QRコードを読み取ってください。



【申し込みQRコード】

- Email：所属・お名前・職種・ご連絡先（TEL・Email）をご記入の上、ご送信ください。

【rehashien@kyoto-chubumedc.or.jp】宛までお願いいたします。

- FAX：下記の送信表に必要事項をご記入の上、ご送信ください。

送信表

FAX番号：0771-42-2528

■第1回 事例検討会

日時：2026年7月23日（木）13:30～15:00

内容：神経難病とともに歩む～今できることを見つけるのはあなた～

場所：京都中部総合医療センター第2病棟5階講堂

送信先：京都中部総合医療センター リハビリテーション科内 南丹圏域地域リハビリテーション支援センター 深見宛

所属		部署		
①	フリガナ		職種	
	お名前			
	連絡先	TEL：		
		Email：		
②	フリガナ		職種	
	お名前			
	連絡先	TEL：		
		Email：		
③	フリガナ		職種	
	お名前			
	連絡先	TEL：		
		Email：		