

# 地域リハビリテーションケース会議

## メールアドレス登録申込書

申込日 年 月 日

事業所名		
メールアドレス		
連絡先	電話番号	
	FAX番号	
	申込者氏名	
連絡事項		

**送付先：北九州市保健福祉局**

**地域リハビリテーション推進課 リハビリテーション推進係**

**(FAX) 522-8772** (このまま送付してください)

(以下 事務局用) 上記のみご記入ください。

受付	受付日	平成 年 月 日 ( 曜日)	受付 担当者	
	登録日	平成 年 月 日 ( 曜日)		
備考				

北九州市保健福祉局地域リハビリテーション推進課

〒802-8560 北九州市小倉北区馬借1-7-1

(Tel) 522-8724 (Fax) 522-8772

受付番号

--