

平成 年 月 日

第 26 回愛知県作業療法学会協賛金申込書

ご賛同ありがとうございます。
該当項目にご記入をお願い致します。

協賛金 : _____ 円

広告掲載 : _____ 円

掲載範囲のご希望 : A4 1/2 ・ A4 1/1

入金予定日 : 平成 年 月 日

ご連絡先

事業所名	
担当者様氏名	
住所	
電話	
FAX	
e-mail	

連絡先 : 鵜飼リハビリテーション病院 佐藤英人

TEL (052) 461-3132 FAX (052) 461-3231