

「高次脳機能障害のリハビリテーション」DVD借用申込書

高次脳機能障害作業療法研究会 御中

下記の通り「高次脳機能障害のリハビリテーション」DVDの借用を希望します。
尚、借用期間中のDVDは借用者が責任を持って取り扱います。

記

※太枠内をご記入下さい。

※太枠内をご記入後、事務局宛にFAXまたは郵送にてご連絡下さい。

郵送先住所

〒412-0045 静岡県御殿場市川島田1067-1

フジ虎ノ門整形外科病院作業療法科内 高次脳機能障害作業療法研究会事務局

TEL：0550-88-1100 FAX：0550-88-0025

借用者名	フリガナ 職種： 研究会会員番号：
DVD送付先	〒
連絡先電話番号	(自宅 ・ 勤務先 ・ その他 :)
連絡先E-mail	
借用希望期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
返却予定日	平成 年 月 日
借用の目的	
DVDの利用場所	
その他連絡事項	

事務局使用欄	貸出日	平成 年 月 日
	返却日	平成 年 月 日
	備考	