

◆参加申込書◆

浜松市リハビリテーション病院 スポーツ医学センター事務局 宛

FAX : 053-471-8302

ご所属(チーム・学校名など) : _____

ご参加者: _____

当日は、質問にお答えする時間を設けております。ご質問などございましたら、下記欄へご記載いただければ幸いです。

申込締め切り: 8月30日(金)

【お問い合わせ先】 浜松市リハビリテーション病院
スポーツ医学センター事務局 井澤 Tel : 053-471-8331 (月～金 9:00-17:00)