

(様式6)

鹿児島県リハビリテーション施設協議会

再開届出書

鹿児島県リハビリテーション
施設協議会長 様

私は、鹿児島県リハビリテーション施設協議会会員を休止しておりましたが、再開を届出いたします。

法人名		(ふりがな)
施設名		
施	代表者名	印
	所在地	〒
設	電話番号	
	FAX番号	
施設の別 ※いずれかの 番号(項目) に○印を付し て下さい。		1 病院
		2 診療所
		3 介護老人保健施設
		4 介護老人福祉施設
		5 介護医療院(病院又は診療所に併設されるものを除く)
		6 その他のリハビリテーション関連施設 ()
申込年月日		年 月 日
受 理 日		年 月 日



太枠内を全てご記入ください。