

豊田市療法士会 会員情報

1 施設名 _____

2 代表者名 _____

(代表者名は連絡のための宛先になります)

3 スタッフ数

PT _____ 名、OT _____ 名、ST _____ 名

4 連絡方法： メール FAX 郵送 (○で選択して下さい)

1) 施設の住所

〒 _____

2) 電話番号、FAX番号

tel _____ fax _____

3) メールアドレス

_____ @ _____

471-0035 豊田市小坂町7-80
医療法人三九会 三九朗病院 内
豊田市療法士会 事務局 松重 好男
yoshiom16@sankuro.or.jp
<tel:0565-32-0282> fax:0565-35-2570