

「リハビリ専門職の人材育成にかかる研修会」

参加申込書

都道府県 _____ 施設名 _____

	出席者氏名	職 種	役 職	国保直診勤務年数	情報交換会参加
1		PT ・ OT ・ ST その他()		年 ヶ月	有 無
2		PT ・ OT ・ ST その他()		年 ヶ月	有 無
3		PT ・ OT ・ ST その他()		年 ヶ月	有 無
連絡事項					

■ご連絡先（担当者）

氏名	
	(- -)
メール	※事務的な連絡を差し上げる場合がありますので、必ずお知らせ（記入）ください。

申込締切：平成30年12月14日（金）

★ご記入後、下記あて FAX か Email で送信ください。
 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（担当：竹内、中村、鈴木）
 FAX：03-6809-2499 / E-mail：office@kokushinkyoo.or.jp