

「リハビリ専門職の人材育成にかかる研修会」

参加申込書

申込締切：令和1年10月18日(金)

都道府県 _____	施設名 _____
------------	-----------

	氏名	職種	役職	国保直診 勤務年数	送迎 (11/15・金曜日)			送迎 (11/16・土曜日)		情報交換会 参加
					()	()	()	()	()	
1		PT・OT・ST その他()		年 ヶ月	() () () ()	①-1 大曲駅→研修会場 ①-2 秋田空港→研修会場 ②研修会場→懇親会場 ③懇親会場→横手駅	() () ()	④横手駅→研修会場 ⑤-1 研修会場→大曲駅 ⑤-2 研修会場→秋田空港	有 無	
2		PT・OT・ST その他()		年 ヶ月	() () () ()	①-1 大曲駅→研修会場 ①-2 秋田空港→研修会場 ②研修会場→懇親会場 ③懇親会場→横手駅	() () ()	④横手駅→研修会場 ⑤-1 研修会場→大曲駅 ⑤-2 研修会場→秋田空港	有 無	
3		PT・OT・ST その他()		年 ヶ月	() () () ()	①-1 大曲駅→研修会場 ①-2 秋田空港→研修会場 ②研修会場→懇親会場 ③懇親会場→横手駅	() () ()	④横手駅→研修会場 ⑤-1 研修会場→大曲駅 ⑤-2 研修会場→秋田空港	有 無	
連絡事項		※送迎の申込は、別途「送迎のご案内」をご覧ください。必要項目に●印を付してください。お車でお越しの方は、連絡事項に「車利用」と記入してください。								

■ご連絡先(担当者)

氏名	
	(- -)
メール ※必須	※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。

★問合せ先・申込先
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、鈴木)
TEL：03-6809-2466 FAX：03-6809-2499
E-mail：office@kokushinkyo.or.jp