

(別紙3)

「リハビリ専門職の人材育成にかかる研修会」

受講申込書

申込締切：令和5年10月20日(金)

※本書で3名分までお申込できます。

	参加者 1	参加者 2	参加者 3
(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)
1) 参加者氏名			
2) 職種	PT・OT・ST その他()	PT・OT・ST その他()	PT・OT・ST その他()
3) 役職			
4) 国保直診勤務年数	年 月	年 月	年 月
5) 情報交換会(交流会) 参加の有無	参加・不参加	参加・不参加	参加・不参加
6) 送迎(無料)の申し込み	①11/17「郡上八幡城下町プラザ」→「研修施設(白鳥病院)」	()	()
	②11/17「研修施設(覇楼館)」→「郡上八幡城下町プラザ」	()	()
	③11/18「郡上八幡城下町プラザ」→「研修施設(白鳥病院)」	()	()
	④11/18「研修施設(白鳥病院)」→「郡上八幡城下町プラザ」	()	()
7) 連絡事項			

※全ての項目に記入ください。

※「5) 情報交換会(交流会) 参加の有無」については、参加、不参加のいずれかを○で囲んでください。

※「6) 送迎(無料)の申し込み」について、別添「送迎の案内」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、「7) 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	
電話番号	(- -)
Eメールアドレス ※必須	※事務的な連絡、請求書等のご案内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。 @
請求書について	※参加費の請求書について、宛名の指定や複数名別々での発行希望などがございましたらご記入ください。
連絡事項	

※本会ホームページの「受講申込み専用フォーム」からお申込みいただけます。

○本書に記入してFAXでの申し込み 送信先 03-6809-2499 までお願いします。

○本書に記入してE-メールでの申し込み 送信先 office@kokushinkyo.or.jp までお願いします。