吉備高原医療リハビリテーションセンター

相談室　宛

第24回職業リハビリテーション研修会参加申込書

|  |
| --- |
| 申込日：平成２８年　　月　　日吉備高原医療リハビリテーションセンター院長　殿　第２４回職業リハビリテーション研修会を受講したいので申し込みます。ﾌﾘｶﾞﾅ受講者氏名 |
| 性別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 |
| 勤　務　先 | 施設名 |  |
| 職　種 |  |
| 連絡先 | 〒　　　　　－E-mail　　　:TEL（携帯）:（施設）: |
| この研修会への参加 | はじめて　　・　　２回目以降 |
| 日本リハビリテーション医学会の会員 | はい　　・　　いいえ |

※ご記入いただきました個人情報については、本研修会のみ使用致します。