受　講　申　込　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日  　 吉備高原医療ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ 院長　殿    　　　令和元年度第23回義手・義足適合判定医師研修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（ 　　才） | |
| 連 絡 先 | 名　称  診療科 |  | | |
| 連 絡 先 | 〒　　　 －  　　　　　　　　e-mail  　　　　　　　　電話 　　　　 ( )  携帯電話　　 ( ) | | |
| 研修会の受講歴 | | | | はじめて　　　・　　　２回目以上 |
| 日本リハビリテーション医学会の会員 | | | | はい　　　・　　　いいえ |
| 9月2日・10月22日の岡山駅⇔会場間の送迎 | | | | 必要　　　・　　　不要 |

※1日目の研修終了後に希望者を対象に懇親会を開催させていただきます。詳細は受講決定後にメールにてご案内させていただきます。

懇親会への参加：　　希望する　　　　　　・　　　　希望しない