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27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 |  西暦　　　　年　　　月　　　日（　　才） |
|  　　　 勤 　　　 　務　 　　　 　先　 　　　 | 　名　称職種・所属診療科 |  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　　　　　　連絡先　　　　　　　　 |  〒　　　 －　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　℡　　　 　 （　　）　　　　　　　　　 Fax ( ) |
| 日本リハビリテーション医学会所属の有無 | 会員　　　　　・　　　　非会員 |
| 本研修会の受講歴 | 初めて　　　　　・　　　　２回目以上 |
| 研修２日目の岡山駅から研修会場までの送迎 | 希望する　　　　・　　　　希望しない |

※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頂きます。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