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