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7日・10月26日の岡山駅⇔会場間の送迎 | 必要　　　・　　　不要 |