　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 受　講　申　込　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 平成２９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    　　　平成29年度第21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　　 ( ) | | |
| この研修会への参加 | | | | はじめて　・　２回目 |
| 日本リハビリテーション医学会の会員 | | | | はい　・　いいえ |