受　講　申　込　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日  　 吉備高原医療リハビリテーションセンター 院長　殿    　　　令和4年度第29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 ( ) | |