（会場参加用）総合力のつくりハビリテーション専門職研修会参加申込書

開催日時：令和2年12月19日（土）、20日（日）、令和3年3月14日（日）　合計3回

開催場所：国立京都国際会館

申込ご担当者様：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　**連絡先（メールアドレス）：**＿＿＿＿＿＿＿＿　**団体名：**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　申込日時：令和2年　　月　　日

※以下参加者情報をご記入お願いいたします。**赤文字は必須**　　※勤務先住所・電話番号　　※参加者個人メールアドレス

	所属学会・協会	所属学会・協会会員番号	取得資格	氏名_姓	氏名_名	フリガナ_姓	フリガナ_名	性別	生年月日	会社名・勤務先名	郵便番号	都道府県名	市区町村	番地等	電話番号	FAX番号	メールアドレス
記入例	日本リハビリテーション医学教育推進機構	333444	理学療法士	事務局	管理	ジムキョク	カンリ	女性	2019/7/1	研修会事務局	106-0032	東京都	港区六本木	1-19-13	03-5413-3855		rehabili-kikou@jrmec.or.jp
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

推薦者署名：所属＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＊推薦者は所属する病院の代表者もしくはリハビリテーション科長としますが、推薦がなくても受講申込は可能です。