

一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会

平成 26 年度第 1 回リハビリテーション研修会 申込用紙

メール送付先アドレス : info@rehakyoh.jp

FAX 095-811-2078

都道府県名 : () 申込施設名 : ()

連絡先 : TEL () FAX ()

会員番号 : () 不明の場合は空欄可

	参加者氏名	職 種
1	(ふりがな)	
2	(ふりがな)	
3	(ふりがな)	
4	(ふりがな)	
5	(ふりがな)	

備考

- ① 参加費は当日受付にてお支払いください。
- ② 施設ごとの参加人数に制限はございません。
- ③ 宿泊・クローク・当日の昼食につきましてはお手数ですが各自にてお願いいたします。
- ④ 下記事務局記入欄に受付番号を記載し返信いたします。
- ⑤ 受付番号の返信が送信後 1 週間以内に無い場合は、必ずご連絡ください。
(受付完了後、1 週間以内に返信いたします)

問合せ先 : 日本リハビリテーション病院・施設協会事務局 TEL : 095-811-2077

担当 : 吉野・田鶴・磯本

事務局記入欄 ※申込み時には何も記入しないでください	
受付番号	※左記の番号はこの用紙にて申込みの上記 5 名までの受付番号になります ※当日受付にて必要ですので大切に保管ください