平成28年度　生活行為向上リハビリテーション研修会
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会主催分　共通申込書

日本リハビリテーション病院・施設協会事務局宛　FAX:095-811-2078

希望日に ○をして下さい。	会場	開催日	定員	昼食
	東京	6月 4日（土）・ 5日（日）	150	無
	大阪	8月20日（土）・21日（日）	150	無

＊申込み・受講料振込み期限は、各開催案内をご確認ください。
＊各会場、定員になり次第受付終了となります。
＊昼食の会場への持ち込みは出来ません。昼食の無い会場では各自でお願いします。
＊宿泊つきましては各自にてお願いします。

＊全ての項目について記入してください。

ふりがな	
氏　名	
勤務している病院・施設が入会している団体	**＊入会している団体すべてにチェックしてください。** □ 全国老人保健施設協会　□ 日本慢性期医療協会 □ 日本リハビリテーション病院・施設協会　□ 全国デイ・ケア協会 □ 日本医師会 ⇒ 医師名：＿＿＿＿＿＿　ﾌﾘｶﾞﾅ：＿＿＿＿＿＿. 生年月日：S・H　　年　　月　　日　医籍番号：＿＿＿＿＿＿. **＊入会していない場合** □ 非会員
職　種	□理学療法士　□作業療法士　□言語聴覚士
法人名	
病院・施設名	
施設住所	〒 ＊都道府県からご記入ください。
TEL	
FAX	
E-mail	

【お問い合わせ先】　一般社団法人　日本リハビリテーション病院・施設協会　　事務局　吉野・田鶴
TEL：095－811－2077　FAX：095－811－2078　E-mail info@rehakyoh.jp