

平成 28 年度第 2 回リハビリテーション研修会 申込用紙

申込ご担当者様 氏名 ()

都道府県名：()

法人名：()

施設名：()

申込連絡先： 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)	

5 名以上の場合は任意の様式で氏名、職種を添付ください。

参加費振込先

十八銀行 本店営業部 普通 1064260

一社) 日本リハビリテーション病院・施設協会 代表理事 栗原正紀

シヤ) ニホリハビ リテシヨンビ ョウイン・シツキョウカイ

振込の際、送金者名に受付確認書に記載された受付番号を先頭に記入し、病院・施設名をお書きください。振込手数料はご負担をお願い致します。

ご案内

- ① 受付後、受付確認書を FAX にて差し上げます。
- ② 施設ごとの参加人数に制限はございません。
- ③ 送信後 1 週間以内に受付確認書の返信が無い場合は、必ずご連絡ください。

問合せ先：日本リハビリテーション病院・施設協会事務局 担当：吉野・田鶴

FAX 095-811-2078 TEL 095-811-2077 メール info@rehakyoh.jp