受　講　申　込　書

|  |
| --- |
|  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 平成２９年　　　月　　　日　 吉備高原医療ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ 院長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　平成29年度第21回義手・義足適合判定医師研修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 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日（ 　　才） |
| 連 絡 先 | 名　称診療科 |  |
| 連 絡 先 |  〒　　　 －　　　　　　　　e-mail  　　　　　　　　電話 　　　　 ( ) 携帯電話　　 ( ) |
| この研修会への参加 | はじめて　・　２回目 |
| 日本リハビリテーション医学会の会員 | はい　・　いいえ |