受　講　申　込　書

|  |
| --- |
|  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日　 吉備高原医療リハビリテーションセンター 院長　殿 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　令和4年度第29回職業リハビリテーション研修会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 |  西暦　　　　年　　　月　　　日（　　才） |
|  　　　 勤 　　　 　務　 　　　 　先　 　　　 | 　名　称職種・所属診療科 |  |
| 　　　　　　　　連絡先　　　　　　　　 |  〒　　　 －　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　e-mail　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　℡　　　 　 （　　）　　　　　　　　　 Fax ( ) |