

# 「リハビリ専門職の人材育成にかかる研修会」 参加申込書

## ■参加者

都道府県 _____
施設名 _____

	出席者氏名	職 種	役 職	国保直診 勤務年数
1				年 ヶ月
2				年 ヶ月
3				年 ヶ月
	連絡事項			

## ■ご連絡先（担当者）

氏名	
	(       -       -       )
メール	

申込締切：平成 29 年 12 月 15 日（金）

★ご記入後、下記あて FAX か Email でご送付ください。  
公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（担当：竹内、鈴木）  
FAX：03-6809-2499 / E-mail：[office@kokushinkyō.or.jp](mailto:office@kokushinkyō.or.jp)