（別紙2）

**「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 　　 　  　 　　 　　 　　　　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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** |  |
| **電話番号** | (　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　) |
| **E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@kokushinkyo.or.jp