

(別紙3)

「リハビリ専門職の人材育成にかかる研修会」 受講申込書

申込締切：令和8年10月8日(木)

※本書で3名分までお申込できます。

	参加者 1	参加者 2	参加者 3
(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)	(ふりがな)
1) 参加者氏名			
2) 職種	PT・OT・ST その他()	PT・OT・ST その他()	PT・OT・ST その他()
3) 役職			
4) 国保直診勤務年数	年 月	年 月	年 月
5) 情報交換会(交流会) 参加の有無	参加 ・ 不参加	参加 ・ 不参加	参加 ・ 不参加
6) 会場までの交通手段	公共交通機関 ・ 自動車	公共交通機関 ・ 自動車	公共交通機関 ・ 自動車
7) 宿泊施設の手配	斡旋宿希望 ・ 個人手配	斡旋宿希望 ・ 個人手配	斡旋宿希望 ・ 個人手配
8) 送迎(無料：会場～宿泊施設(斡旋宿))の申し込み			
①11/6「研修施設(飯南病院)」 →「情報交換会場」			
②11/6「情報交換会場」 →「宿泊施設(斡旋宿)」			
③11/7「宿泊施設(斡旋宿)」 →「研修施設(飯南病院)」			

※全ての項目に記入ください。

※「5) 情報交換会の参加の有無」、「6) 会場までの交通手段」、「7) 宿泊施設の手配」については、いずれか該当する項目に○印を付してください。なお、「7) 宿泊施設の手配」で「斡旋宿希望」に○を付した方は、別添の「宿泊希望届」も併せてご記入・提出ください。

※「8) 送迎(無料)の申し込み」について、別添「送迎の案内」をご覧ください。必要項目に○印を付してください。

■ご連絡先(担当者)

施設名	
氏名	
電話番号	(- -)
Eメールアドレス ※必須	※事務的な連絡、請求書等のご案内を差し上げる場合がありますので、必ずお知らせ(記入)ください。 @
請求書について	※参加費の請求書について、宛名の指定や複数名別々での発行希望などがございましたらご記入ください。
連絡事項	

※本会ホームページの「受講申込み専用フォーム」からお申込みいただけます。

○本書に記入してFAXでの申し込み 送信先 03-6809-2499 までお願いします。

○本書に記入してE-メールでの申し込み 送信先 office@kokushinkyo.or.jp までお願いします。