

<平成 30 年度茨城県在宅リハビリテーション研修会 申込用紙>

—FAX専用参加申込用紙— **FAX返信先：029-877-4688**

受講日	受講料	締切日
両日 研修①～⑤参加	10,000 円	10月1日(月) ※両日参加の方を優先 します。
1日目 研修①～③参加	6,000 円	
2日目 研修④～⑤参加	4,000 円	
2日目 症例報告会参加	会員：無料・非会員:500 円(当日) 症例募集については、別途ご案内します。	

- ① 下記を記入しFAXでお申し込みください。
- ② 当会から振込先を記載した返信FAXが届きます。
- ③ その日から一週間以内に受講料をお支払ください。
- ④ 振込確認後、申込完了となります。振込が確認できない場合は、ご連絡いたします。

【参加申込者情報】

参加申込施設名： _____
 住 所： _____
 連絡先： TEL _____ FAX _____
 メールアドレス： _____

参加者 番号	フリガナ 参加者氏名	希望受講日(○を付けて ください)	症例 報告会 参加	性別	職種/年数	訪問リハ 経験年数	OTの方は 会員番号 記入
01		両日・10/14・12/2	有・無	男・女	/ (年目)	(年目)・無	
02		両日・10/14・12/2	有・無	男・女	/ (年目)	(年目)・無	
03		両日・10/14・12/2	有・無	男・女	/ (年目)	(年目)・無	
04		両日・10/14・12/2	有・無	男・女	/ (年目)	(年目)・無	

注意点

- ① 振込みの際は、受付番号(下記)と参加者番号(上記)を入力後、参加者氏名を入力してください。
振込手数料は各自ご負担をお願い致します。
(振込例：受付番号001、参加者番号01 ⇒ 00101 ホウモンイチロウ)
- ② 申込用紙が足りない場合は、コピーしてご使用下さい。
- ③ 申込後一週間連絡がない場合やご不明な点等あれば、お手数ですが下記【お問い合わせ先】までご連絡をお願いします。

【お問い合わせ先】 特定非営利活動法人茨城県訪問リハビリテーション協議会 事務局
 筑波記念病院リハビリテーション部内 担当：渡邊崇・武田頼子
 〒300-2622 茨城県つくば市要 1187-299 FAX: 029-877-4688/E-mail: ivra.npo@gmail.com

----- 破線より下は何も記入しないで下さい -----

事務局記入欄	返信日：平成 30 年 月 日
受付番号	※左記の番号は、この用紙にて申込をした上記 4名までの受付番号になります。 振込の際、 <u>受付番号</u> と上記の <u>参加者番号</u> が必要に なりますので大切に保管下さい。