

# 2018年度ボバース概念に基づく成人基礎講習会 参加申込書

申込日： 年 月 日

|  |  |     |            |
|--|--|-----|------------|
| ふりがな   |  |     |            |
| 氏名   |  |     |            |
| ローマ字表記   | Mr. / Ms. (名)  | (姓) |            |
|  | (選択して下さい)  |     |            |
| 生年月日   | 西暦   | 年   | 月 日        |
| 職 種<br>(いずれかにチェックをして下さい)   | <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 医師 |     |            |
| 資格取得年  | 西暦   | 年   | 臨床年数 年目    |
| 所属施設   |  |     |            |
| 所属部署   |  |     |            |
| 所属先住所  | 〒  |     | 都 道<br>府 県 |
| 所属先電話  |  |     |            |
| 所属先FAX   |  |     |            |
| E-mail address<br>(ブロック体でハッキリとご記入ください。数字の0=0、ハイフンとアンダーバーは判りやすくご記入ください)   | 添付ファイルを受信できるメールアドレスをお願いします   |     |            |
| インタロダクトリーモジュール講習会受講履歴 (受講年度、講師名、開催施設)<br>IMD で始まる修了証の認定番号を記入してください<br><br>インタロダクトリーモジュールをまだ受講されていない方は、受講予定もしくは、受講が決定している講習会を記入してください (受講年度、講師名、開催施設) |  |     |            |
| 備 考  |  |     |            |

成人基礎講習会申込書の送付先

〒 630-0212 奈良県生駒市辻町 4 番 1 号

東生駒病院リハビリテーション科 真鍋 清則 宛