

「脳性まひ等肢体不自由児者に係る療法士等研修事業」研修会申込書

- ①下記に必要事項を漏れなくご記入のうえ、FAXでお申込み下さい。
お申し込み後、1週間以内に「受付完了のお知らせ」が届かない場合は、
研修会事務局（06-6481-5565）までご連絡ください。
- ②お申込みの締め切り日は、令和5年1月31日（火）正午です。
（定員に達した場合は選考させていただく場合がございます。）
- ③参加費のお支払方法等は、「選考の結果（2月上旬）」にてお知らせします。

【あて先】 兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター事務局 宛

【所属施設名】 _____

【受講申込者】

氏名	職種（○印等をお付け下さい）	経験年数	小児経験年数	性別
_____	PT・OT・ST・看護師・保健師	_____年	_____年	男性・女性
_____	PT・OT・ST・看護師・保健師	_____年	_____年	男性・女性
_____	PT・OT・ST・看護師・保健師	_____年	_____年	男性・女性

連絡担当者氏名 _____

TEL _____ - _____ - _____ FAX _____ - _____ - _____

E-mail _____

〒 _____ - _____

【申込締切】 令和5年1月31日（火）正午

お申込み FAX 番号：06-6481-5560
(送信表 不要)

【問い合わせ先】兵庫県立障害児者リハビリテーションセンター事務局

TEL 06-6481-5565 / FAX 06-6481-5560

E-mail amariha.pos@gmail.com