

送信先 FAX : 029-877-4688 (筑波記念病院)

申込締切 8月27日(月)

宛先：リハビリテーション部 江尻聡美・武田頼子 宛

茨城における小児の発達を支える地域リハビリテーションを考える会
平成30年度総会・研修会(開催日 9月9日(日))

☆☆☆参加申込書☆☆☆

1. 所属勤務先名称： _____

2. 代表者氏名： _____

電話番号： _____ FAX： _____

メールアドレス： _____

3. 参加申込者氏名

	氏名	職種	会員・非会員 ○を付けて下さい	OT 会員番号 OT の方のみご記入 ください	総会 ○を付けて下さい	研修会 ○を付けて下さい	懇親会 ○を付けて下さい
1			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席	出席・欠席
2			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席	出席・欠席
3			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席	出席・欠席
4			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席	出席・欠席
5			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席	出席・欠席
6			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席	出席・欠席
7			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席	出席・欠席
8			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席	出席・欠席

*対象：小児医療に関わる医師や医療、教育、保健、福祉、行政等の分野で小児の発達やリハビリテーションおよび看護・ケアに従事している方々。

*研修会終了後、懇親会を開催いたします。詳細(お店・参加費等)が決まりましたら、ご連絡いたします。
木村先生も参加予定です。ご参加お待ちしております。