

会員各位

公益社団法人 埼玉県理学療法士会
会 長 清宮清美
西部ブロック理事 野田 剛
秩父エリア長 山浦徹志
(公文書番号にて公印省略)

平成 26 年度第 3 回 西部ブロック 秩父エリア研修会のご案内

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は当士会の運営に格別なるご高配、ご協力を賜りまして厚く御礼申し上げます。

この度、「平成 26 年度第 3 回 西部ブロック 秩父エリア研修会」を下記の要領にて開催いたしますので、万障お繰り合わせの上ご参加頂きますようご案内申し上げます。

敬具

— 記 —

1) 会場日時

皆野病院 (秩父郡皆野町)

平成 27 年 2 月 27 日 (金) 19 時～21 時 (受付 18 時半～)

2) 内容

形式 : 講義形式

テーマ : 「Rehabilitation と ADL -PT と OT の分業について考える-」

講師 : 郡司 聖 氏 (医療法人社団 和風会 介護老人保健施設 メディケア梅の園 PT・OT)

定員 : 40 名

対象 : 会員、非会員・その他職種も可

参加費 : 会員 ; 無料 非会員・その他職種 ; 1,000 円

※本研修会受講では、新人教育プログラム単位・専門理学療法士・認定理学療法士資格取得および更新に関わる履修ポイントは取得できません。

3) 申し込み方法

電子メールでお申し込みください。電子メールが使えない方は**FAX**にてお申し込みください。可能な限り、個人単位ではなく施設単位でのお申し込みをお願いします。以下の①～⑤までの項目を連絡先へお申し込み下さい。なお非会員の方は④にて非会員と記入してください。

① 氏名 ② フリガナ ③ 性別 ④ 会員番号 ⑤ 経歴年数

※ 申込み多数の場合は、一施設ごとの参加者を制限させて頂くこともあります。

申込先 ・ 問い合わせ先

皆野病院 リハビリテーション室 山浦徹志

TEL : 0 4 9 4 - 6 2 - 6 3 0 0 FAX : 0 4 8 - 7 7 3 - 1 2 4 9

E-mail : chichibu_reha@yahoo.co.jp

申し込み期間

平成27年1月5日9:00～平成27年2月23日17:00必着

以上

平成 26 年度 西部ブロック秩父エリア研修会 参加申込み用紙

皆野病院

山浦徹志 宛

FAX 0494-62-6010

施設名 _____

施設住所 (〒 _____)

施設連絡先 TEL _____

FAX _____

E-mail _____

1. 氏名 _____ : フリガナ _____ : 性別 () 会員番号: _____ 経験年数 _____

2. 氏名 _____ : フリガナ _____ : 性別 () 会員番号: _____ 経験年数 _____

3. 氏名 _____ : フリガナ _____ : 性別 () 会員番号: _____ 経験年数 _____

4. 氏名 _____ : フリガナ _____ : 性別 () 会員番号: _____ 経験年数 _____

5. 氏名 _____ : フリガナ _____ : 性別 () 会員番号: _____ 経験年数 _____

6. 氏名 _____ : フリガナ _____ : 性別 () 会員番号: _____ 経験年数 _____

申し込み期間

平成 27 年 1 月 5 日 9:00～平成 27 年 2 月 23 日 17:00 必着

多数応募者がいる場合はコピーして使用してください。また、会場の都合により施設ごとの参加者を調整させて頂く場合があります。