**＜第10回埼玉県リハビリ三団体主催訪問リハビリテーション実務者研修会＞**

**FAX 　申し込み用紙　送付先：（公社）埼玉県理学療法士会　事務局　 FAX：048-773-1249**

* 申し込み者情報

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名(ふりがな)  ふりがなをご記入下さい | 所属 | 生年月日  西暦年/月/日  （修了者登録に使用） | 職種  ※該当箇所に○ | 職種の  経験年数 | 各協会の会員番号  STは県士会番号ではありません | 訪問リハ経験年数  ※　該当箇所に○ |
|  |  |  | PT・OT・ST | 年 |  | あり→ (　　　)年  なし→ 今後あり・なし |

* 連絡先　※　全ての項目を必ずご記入下さい。　特にメールアドレスは、読み取り易いようにお願い致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 所属先： | メールアドレス：（添付ファイルが開ければ、携帯も可）  　　　　　　　＠ |
| TEL: 　　　　　　　　　　　　FAX: |

|  |
| --- |
| 訪問リハに関して、疑問に思うことや困っていること等がありましたら、ご記入下さい。 |
|  |

* **申し込み開始：令和元年9月7日(土)9:00 start　　申込終了：令和元年9月21日(土)17:00 必着**

＊　**申し込み用紙は、一人一枚ご使用下さい。不備がある場合は、選考から外れる場合があります。**

＊　jimushitsu1971@saitama-pt.or.jpからのメールを受信できるよう各自設定をお願い致します。