

北区リハネットシーティング勉強会 参加申込書

施設名称: _____

TEL: _____

Eメール: _____

	氏名	職種	リハネット会員
①		PT・OT・ST・その他(経験年数 年・新卒)	会員・非会員
②		PT・OT・ST・その他(経験年数 年・新卒)	会員・非会員
③		PT・OT・ST・その他(経験年数 年・新卒)	会員・非会員
④		PT・OT・ST・その他(経験年数 年・新卒)	会員・非会員
⑤		PT・OT・ST・その他(経験年数 年・新卒)	会員・非会員
⑥		PT・OT・ST・その他(経験年数 年・新卒)	会員・非会員
⑦		PT・OT・ST・その他(経験年数 年・新卒)	会員・非会員
⑧		PT・OT・ST・その他(経験年数 年・新卒)	会員・非会員
⑨		PT・OT・ST・その他(経験年数 年・新卒)	会員・非会員
⑩		PT・OT・ST・その他(経験年数 年・新卒)	会員・非会員
⑪		PT・OT・ST・その他(経験年数 年・新卒)	会員・非会員
⑫		PT・OT・ST・その他(経験年数 年・新卒)	会員・非会員

※ 該当項目に○をつけてください

計 名

※ 定員と会場の都合、または事業所ごとの参加人数の差が大きい場合は人数調整をさせていただきます。

※ **9月15日**までに浮間中央病院 OT高橋 辰嗣宛てに下記アドレスでメール送付をお願いいたします。

Mail: kitakurehanet@gmail.com