

—FAX 専用参加申込用紙—

FAX 返送先：029-877-4688

平成23年度茨城県訪問リハビリテーション実務者研修会

(平成23年度全国訪問リハビリテーション研究会ステップアップ研修会 in 茨城)

1. 参加申込施設名： \_\_\_\_\_  
住所： \_\_\_\_\_  
連絡先： TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
メールアドレス： \_\_\_\_\_

2. 参加申込者情報

参加者 番号	フリガナ 参加者氏名	性別	職種／年数	訪問リハ 経験年数	宿泊の有無	参加費 (事務局記入欄)
01		男性・女性	/ (年目)	(年目)・無	有・無	
02		男性・女性	/ (年目)	(年目)・無	有・無	
03		男性・女性	/ (年目)	(年目)・無	有・無	
04		男性・女性	/ (年目)	(年目)・無	有・無	
05		男性・女性	/ (年目)	(年目)・無	有・無	
06		男性・女性	/ (年目)	(年目)・無	有・無	
07		男性・女性	/ (年目)	(年目)・無	有・無	

備考 ※必ずお読み下さい

- ① 参加受付後、下記に受付番号と参加費振込み先口座を記載したものを1週間以内にFAXにてご返送致します。事務局で入金を確認して受付完了となります。入金確認が必要な方は申込の際にその旨事務局までお知らせ下さい。
- ② 振込みの際は、受付番号（下記）と参加者番号（上記）を入力後、参加者氏名を入力して下さい（例：受付番号001、参加者番号01の場合⇒00101 イバラキハナコ）。振込手数料は各自ご負担願います。
- ③ 申込用紙が足りない場合は、コピーしてご使用下さい。

④ 参加申込後 1 週間連絡がない場合やご不明な点等あれば、お手数ですが下記問い合わせ先までご連絡下さい。

<お問い合わせ先>

「茨城の訪問リハビリテーションを考える会」事務局

つくばケアセンター訪問リハビリテーション

担当: 渡辺崇・栗原和也・飯島弥生

TEL : 029-877-1313 (代表) (内線 110、PHS6711) FAX : 029-877-4688

E-mail : ccreha@tsukuba-kinen.or.jp

----- 破線より下は何も記入しないで下さい -----

事務局記入欄	※返信日
受付番号	※左記の番号はこの用紙にて申込をした上記 5 名までの受付番号になります。 振込の際、受付番号と上記の参加者番号が必要になりますので大切に保管下さい。