# 第８回訪問リハビリテーション研修会

# 参加申込書

①　氏名・フリガナ　②　職種　③　県士会員か非会員（協会会員の場合会員 No.）　④　生年月日
⑤　所属施設　⑥　連絡可能なメールアドレス　⑦　懇親会参加の有無を記載して

**ym.visiting.reha@gmail.com**

へ送信して下さい。

FAX を利用される方はこの用紙に必要事項を記載の上、以下の宛先まで送って下さい。

**FAX 送信先：済生会やすらぎ訪問看護ステーション　作業療法士　岡光　篤志**

**FAX：083-924-7045**

**締め切り：平成 29 年 11 月 30 日（木）**

| 氏名 | 職種 | 県士会員<br>協会会員 No. | 生年月日 | 所属施設 | E-Mail | 懇親会 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | | 正・非<br>（No.　　） | | | | |
| フリガナ | | 正・非<br>（No.　　） | | | | |
| フリガナ | | 正・非<br>（No.　　） | | | | |
| フリガナ | | 正・非<br>（No.　　） | | | | |
| フリガナ | | 正・非<br>（No.　　） | | | | |

※会員というのは、山口県理学療法士会、山口県作業療法士会、山口県言語聴覚士会の会員のことです。
県士会員であれば「正」に〇をつけて下さい。県士会員の正・非に関わらず日本理学療法士協会、日本作業療法士協会、日本言語聴覚士協会の会員の方は会員番号を記載して下さい。

※生年月日は一般財団法人　訪問リハビリテーション振興財団への報告の際、必要となるため、記載して下さい。