

2017年度ボバース概念に基づく成人片麻痺講習会 受講申込書

申込日： 年 月 日

希望コース (いずれかにチェックをして下さい)	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> どのコースでも可能(第1希望 第2希望 第3希望)																						
ふりがな	-----																						
氏名	(印)																						
ローマ字表記	Mr. / Ms. (名) (姓) (選択して下さい)																						
生年月日	西暦 年 月 日																						
職 種 (いずれかにチェックをして下さい)	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> MD																						
資格取得年	西暦 年	経験年数	年																				
所属施設																							
所属部署																							
所属先住所	〒 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr> </table> - <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px;"> <tr><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td><td style="width: 15px; height: 15px;"> </td></tr> </table>																						都 道 府 県
所属先電話																							
所属先FAX																							
E-mail address (ブロック体でハッキリとご記入ください。数字の0=0、ハイフンとアンダーバーは判りやすくご記入ください)																							
インタロダクトリーモジュール講習会受講履歴 (受講年度、講師名、開催施設) IMD で始まる修了証のNo.を記入してください インタロダクトリーモジュールをまだ受講されていない方は、受講予定もしくは、受講が決定しているコースを 記入してください (受講年度、講師名、開催施設)																							
備 考																							