2019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）	☐ Aコース　☐ Bコース ☐ どちらのコースでも可能 （第 1 希望　　第 2 希望　　）		
ふりがな			
氏 名			
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）	☐ PT　☐ OT　☐ ST　☐ 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	〒　　－　　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＝ø、ハイフンとアンダーバーは判りやすくご記入ください）	添付ファイルの受け取ることができるアドレスをお願いいたします		
イント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 イント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			