2020年度ボバース概念に基づく成人片麻痺基礎講習会
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　□ Cコース □ 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	
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　□ 医師
資格取得年	西暦　　年 （臨床経験　　年目）
PT/OT/ST 協会会員番号	
所属施設名	
所属部署	
所属先住所	〒　　－　　都 道 府 県
所属先 TEL	
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等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

□ IM-1:（受講年　　年　　月 / 講師名　　/ 受講施設　　）
□ IM-2:（受講年　　年　　月 / 講師名　　/ 受講施設　　）
□ IM-3:（受講年　　年　　月 / 講師名　　/ 受講施設　　）

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）

□ IM-1:（受講年　　年　　月 / 講師名　　/ 受講施設　　）
□ IM-2:（受講年　　年　　月 / 講師名　　/ 受講施設　　）

成人基礎講習会申込書送付先
〒536-0025　大阪府大阪市城東区森之宮 2-1-88
森之宮病院　講習会準備室　福井　薫 宛