

# リハビリリスト養成講座(実技偏) 受講申込書

私は下記個人情報の取り扱いについて同意の上【リハビリリスト養成講座】の受講を申し込みます。

年 月 日

\*太線枠内の必要事項をもれなくご記入下さい。(複数名の場合はコピーしてご記入下さい)

フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和
ご署名					年 月 日
個人住所	〒				個人連絡先
					個人 E-mail
フリガナ		施設 電話番号			
所属事業所 施設名					
所属事業所 施設住所	〒				
保有資格	按摩マッサージ指圧師・鍼灸師・柔道整復師・保健師・助産師・看護師・薬剤師・医師・歯科医師 歯科衛生士・栄養士・健康運動指導士・言語聴覚士・理学療法士・作業療法士・介護福祉士 介護支援専門員・介護予防運動指導員・訪問介護員1級・訪問介護員2級・その他( )				
希望講座	受講する講座 を○で囲んで 下さい	≪実技偏≫ 単講座受講は各 21,600 円 (税込) ・ハンドフットリフレ ・口腔ケア ・栄養改善 ・運動実技 ・排泄リハケア ・アセスメント 全6講座受講の場合は 81,000 円 (税込)			受講希望日を3日ほど記載 月 日・月 日・月 日
					<b>金額合計</b> 円 計算記載してください

個人情報の取り扱いについて ご記入頂いた個人情報の使用目的は以下の通りです。

1. 協会からの教育講座、学術大会のご案内
2. リハビリリスト協会登録
3. 協会と認定者様との連絡

**お申込書の送り先 F A X 番号は 042 - 711 - 7414**

\*お申込み完了後、数日以内に当協会から詳細の御案内書を F A X ・ 郵送 ・ メールでお届け致します。

NPO法人 日本総合リハビリリスト協会

〒252-0243 神奈川県相模原市中央区上溝 3175-1 かみみぞクリニックビル 1 階

お問い合わせは TEL042-756-1113(歯科川崎医院内) 受付時間 10:00~17:00(木・日・祝 は休み)