

【広島県地域リハビリテーション専門職等専門研修会申込書】

次のとおり研修会の受講を申し込みます。

<input type="checkbox"/> を ご記入 ください (必ず 一つ お選 び)	<input type="checkbox"/> 広島②	平成30年11月26日(月)	広島県医師会館
	<input type="checkbox"/> 福山①	平成30年12月18日(火)	福山すこやかセンター
	<input type="checkbox"/> 福山②	平成31年1月16日(水)	福山すこやかセンター
	<input type="checkbox"/> 呉	平成30年11月19日(月)	ビューポートくれ
	<input type="checkbox"/> 東広島	平成30年11月22日(木)	東広島市総合福祉センター
	<input type="checkbox"/> 三原	平成30年12月11日(火)	三原リージョンプラザ
	<input type="checkbox"/> 三次	平成30年12月5日(水)	みよしまちづくりセンター

フリガナ		性別
受講者氏名		男・女
職 種	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他 ()	
所 属		
所在地及び電話番号	〒 電話 () - ※受講可否通知をファックス又はメールでお送りします。 ご都合の良い方に <input type="checkbox"/> をし、番号等をご記入ください。 (メールは添付ファイルが受け取れるメールに限ります) <input type="checkbox"/> ファックス () - <input type="checkbox"/> メール E-mail : _____	
修了の基礎研修 (受講の研修に <input type="checkbox"/> をつけてください)	<input type="checkbox"/> 広島県地域リハビリテーション専門職等研修会 <input type="checkbox"/> 平成27年10月10日 会場：広島県庁 <input type="checkbox"/> 平成27年11月14日 会場：福山合同庁舎 <input type="checkbox"/> 平成28年9月9日 会場：広島県医師会館 <input type="checkbox"/> 平成28年9月16日 会場：福山合同庁舎 <input type="checkbox"/> 平成29年9月9日 会場：広島県健康福祉センター <input type="checkbox"/> 平成29年10月8日 会場：福山合同庁舎 <input type="checkbox"/> 平成30年6月23日 会場：広島県健康福祉センター <input type="checkbox"/> 平成30年8月26日 会場：福山すこやかセンター <input type="checkbox"/> 平成29年度介護予防事業に携わる専門職のための基礎研修会 (日時：平成29年7月9日 会場：JMSアステールプラザ) <input type="checkbox"/> 平成30年度呉市介護予防事業に携わる専門職のための基礎研修会 (日時：平成30年5月26日 会場：広まちづくりセンター) <input type="checkbox"/> 不明	
現在の介護予防等市 町事業への協力状況 (該当するものに <input type="checkbox"/> をつけてください)	<input type="checkbox"/> 市町の「通いの場」実施の支援 <input type="checkbox"/> 市町への協力経験なし <input type="checkbox"/> 地域ケア会議等への助言 <input type="checkbox"/> その他市町への協力 (内容：)	

締切後、受講可否通知をファックス又はメールでお送りします。

申込が定員を超えた場合は、職種間の受講調整をさせていただきます。