

2018年度IBITA認定基礎講習会（シーキューブ コース） 参加申込用紙

申込日 年 月 日			
ふりがな			
氏 名			
ローマ字表記	Mr. / Ms. 名	姓	
生年月日	西暦	年	月 日 (歳)
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
資格取得年	西暦	年	経験年数
勤務先			
部 署			
勤務先住所	〒		
勤務先電話・FAX番号	TEL	FAX	
E-mail			
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 で始まる修了証の認定番号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講習会を記入してください (受講年度、講師名、開催施設)。			
備 考			

*受講の可否につきましては、記載頂いたメールアドレスにて通知させていただきます。ご自身で確認し添付ファイルなども受信できるアドレスを記載願います。

*申込郵送先 〒020-0831 盛岡市三本柳2-3-6 5-1
シーキューブ 講習会事務局 担当 佐藤・田中 宛

