|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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№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　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |

申込日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日

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