

送信先FAX : 029-877-4688

申込締切 7月31日 (水)

宛先 : 筑波記念病院 リハビリテーション部 武田頼子 宛  
茨城における小児の発達を支える地域リハビリテーションを考える会  
令和元年度総会・研修会 (開催日 8月11日 (日))

## 参加申込書

1. 所属勤務先名称 : \_\_\_\_\_

2. 代表者氏名 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_ FAX : \_\_\_\_\_

メールアドレス : \_\_\_\_\_

### 3. 参加申込者氏名

	氏名	職種	会員・非会員 (○を付けて下さい)	OT会員番号 (OTの方のみご記入 ください)	総会 (○を付けて下さい)	研修会 (○を付けて下さい)
1			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席
2			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席
3			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席
4			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席
5			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席
6			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席
7			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席
8			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席
9			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席
10			会員・非会員		出席・欠席	出席・欠席

\*小児医療に関わる医師や医療、教育、保健、福祉、行政等の分野で小児の発達やリハビリテーションおよび看護・ケアに従事している方々が対象となります。