**福島県訪問リハビリテーション研究会主催**

**「第10回福島県訪問リハビリテーション研修会」申込み**

**メール添付文書**

**Mail：**fukushima.houmonreha@gmail.com

**申込者名：　　　　　　　　（フリガナ：　　　　　　　　）性別：　男　・　女**

**病院・施設名：**

**勤務先区分：**病院・診療所・クリニック・老健・老健以外の高齢者施設・

訪問看護・通所リハ・通所介護・障害児施設・障害者施設・行政機関・

教育機関教育機　・研究施設・未所属・その他）**＊どれかに〇をつけてください**

**連絡先：ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　FAX**

**E-mail：**

**職種：　　　　PT　・　OT　・　ST　　＊〇をつけてください**

**各所属先協会の会員番号：**

**生年月日（西暦）：　　　　年　　月　　日**

**資格取得年（西暦）：　　　　　　　　年**

**訪問リハビリテーション経験年数：　　　　　　年　＊なしでも参加可能です**

＊研修会参加者の名簿作成のため、、記載内容が多くなっております。

　ご理解いただきますようよろしくお願いいたします。