

【 2014年 3月4日（火）呼吸リハビリテーション研修会参加申込書 】

所属機関名 : _____
部署名 : _____

電話番号 : _____
FAX番号 : _____

	氏 名	職 種	来場方法（希望の来場方法に○をお付けください）
1		医師・看護師・介護士・ PT・OT・ST・ケアマネ その他（ ）	送迎バス（行き：青梅・五日市；帰り：青梅） 自家用車・乗り合い・その他（ ）
2		医師・看護師・介護士・ PT・OT・ST・ケアマネ その他（ ）	送迎バス（行き：青梅・五日市；帰り：青梅） 自家用車・乗り合い・その他（ ）
3		医師・看護師・介護士・ PT・OT・ST・ケアマネ その他（ ）	送迎バス（行き：青梅・五日市；帰り：青梅） 自家用車・乗り合い・その他（ ）

※3名以上の方の参加希望の場合は、コピーをしてお使いください。

当研修会に参加するにあたり、ご質問やご要望がございましたらお書きください。

--