

運動器リハビリテーション・セラピスト資格継続研修会申込用紙
(主催：兵庫県整形外科医会)

受講者氏名 (セラピスト研修認定証・認定番号)

1. _____ (_____) 

2. _____ (_____)

3. _____ (_____) 

4. _____ (_____) 

5. _____ (_____) 

6. _____ (_____) 

所属医療機関名： _____

〒 _____
住所： _____

Tel: _____ Fax: _____

管理者もしくは医師氏名： _____
JCOA日本臨床整形外科学会の 会員・非会員 (いずれかに○)
兵庫県整形外科医会の会員の 会員・非会員 (いずれかに○)

視聴覚障害の方の有無： 有 ・ 無 (いずれかに○) 有りの場合：() 名

視聴覚障害の方の氏名： _____

申し込先：兵庫県整形外科医会 セラピスト研修会実行委員
みった整形外科 満田基温 まで FAX 0798-76-5521