

FAX TO: 03-6272-9683

(ご注意!:このファクス番号間違いが頻発しています。くれぐれもご注意下さいませ)

## 日本離床研究会 教育講座 参加申込書

(お申し込みはファクスまたは郵送にてお送り下さい。Websiteよりオンライン申込みも可)

申込講座	月 日 曜日	開催都市	講座名(省略可)
------	--------	------	----------

申込者	フリガナ(必須)	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 一般 (入会お申し込みの方は別途会員申込用紙をご提出下さい)
	お名前	職種: <input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他
	メールアドレス	
	電話番号:	ファックス番号:

申込書が届きましたら振込案内をお送りいたします  
受講料の入金をもって正式申込となりますのでお振込みはお早目をお願いいたします  
受講票は受講料支払い済の方に、講座開催約2週間前に一斉に郵送します  
尚、定員となり次第締め切りますので予めご了承ください

受講票の郵送先(どちらかを選んでください)\*グループの場合、受講票は代表者に一括郵送します

<input type="checkbox"/> 勤務先 →	病院・施設名: ----- 所属病棟名・役職: ----- 住所: 〒
<input type="checkbox"/> 自宅 →	住所: 〒

グループで参加ですか → はい いいえ 上記申込者は参加なさいますか → はい いいえ

申込者以外の参加者は以下にご記入下さい

フリガナ(必須)	メールアドレス:
お名前	職種: <input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他
フリガナ(必須)	メールアドレス:
お名前	職種: <input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他
フリガナ(必須)	メールアドレス:
お名前	職種: <input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> その他



社団法人 日本離床研究会事務局

〒102-0073 東京都千代田区九段北1-2-12 プラーレルビル2F

TEL: 03-3556-5585 FAX: 03-6272-9683

Email: jsea@rishou.com HP: <http://www.rishou.org/>