国リハ　機能訓練課　行
FAX:04-2992-4525

平成27年度頸髄損傷者に対するリハビリテーション研修会　参加申込書

◎申込日　　月　　日

お申込締切日
11月4日（水）
NO. 複数枚の場合ご記入下さい

都道府県名		フリガナ 所属機関名		種別	□病院 □障害者支援施設 □その他
フリガナ 申込担当者 氏　名		受講関係書類の送付先 ※郵便番号は正確にご記入ください。	フリガナ （〒　－　）　郡・市　区・町・村		
TEL:（　）　－ FAX:（　）　－					

事務局使用欄	受付NO. 月　日 NO.

※太線内をすべてご記入下さい。 不要項目にはX印をご記入下さい。 必ず控え＜コピー＞をお残し下さい。

NO.	フリガナ 氏　名	役職名(職種)	昨年度、別府重度障害者センターで行われた同研修会に参加しましたか	車いすをご利用の方で、研修時にテーブルが必要な方のみ○を記入	手話通訳を希望する方のみ○を記入	備　考
例	コクリハ　タロウ 国リハ　太郎	リハビリ科長　（理学療法士）	○	○	○	
1		（　）				
2		（　）				
3		（　）				
4		（　）				
5		（　）				

※ 申込書に必要事項を記入し、研修会事務局宛にFAX又は郵送、あるいはメールにてお申込ください。

※ 欄が不足の場合にはコピーしてご利用下さい。

※ お申込後に変更、取消が生じた場合は、お手数ですが研修会事務局宛にご連絡願います。

＜申込書送付先・問い合わせ先＞

〒359-8555 埼玉県所沢市並木4-1
国立障害者リハビリテーションセンター自立支援局
自立訓練部 機能訓練課 研修会事務局
担当:水村・白浜・橋本
受付時間:（月～金）9:00～17:00　[土・日・祝日休業]
TEL : 04-2995-3100(代表)　内線:2241
FAX : 04-2992-4525
メール: keisonriha@rehab.go.jp