

**移動支援等人材育成研修会
参加申込書（FAX送信票）**

送信先：一般社団法人 山口県理学療法士会 事務所行

FAX：(083) 941-6901

送信日：H 年 月 日

代表者名 _____

所属名 _____ 連絡先 _____

| 所属施設・団体等 | 氏名 | 職種 | 希望会場 |
|--------------|-------|------|-----------------|
| 例)〇〇在宅介護サービス | 山口 太郎 | ヘルパー | 下記参加会場よりお選びください |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

※参加会場一覧

（ ①宇部会場 ②山口会場 ③萩会場 ④周南会場 ⑤下関会場 ）

※申込み×切、開催日などにつきましては、各会場により異なりますので開催要項をご確認の上、ご記入いただくようお願いいたします。

[問い合わせ・連絡先]

一般社団法人 山口県理学療法士会

担当者：白川 剛（宇部第一病院 リハビリテーション科）

TEL (0836) 62-1001 FAX (0836) 62-1074