

『神奈川県介護予防従事者研修』受講申込書

■申込方法■

受講申し込みは、郵便のみとなります。

本申込書と必要書類を以下へ送付してください

(公社) 神奈川県理学療法士会 事務局
〒220-0003 横浜市西区楠町 4-12-101

申込期間

2019年11月18日(月)～
12月20日(金) 必着

研修会に申し込みをいたします。該当するところに☑をしてください。

ふりがな		生年月日	昭和・平成	年	月	日
受講者氏名		職 種				
所持資格						
勤務先名 (正式名称)	(修了者名簿に記載する勤務先名は、原則申込書類に記載されたものとします。)					
勤務先部署名						
勤務先住所 (*必須)	〒					
	TEL			FAX		
郵送物送付先 (勤務先以外を 希望の場合のみ)	〒					
日中連絡先	(勤務先以外を希望の場合のみ)					TEL
M a i l						
養成課程	かながわ介護予防・健康づくり指導員 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 専門 <input type="checkbox"/> 上級					
必要書類 (提出書類)	<input type="checkbox"/> 専門の方：資格証明書(旧姓不可)写し(資格名) <input type="checkbox"/> 上級の方：介護予防運動指導員写し					

*お申し込み情報は、当研修会及び指導員登録以外で使用することはありません

■お問い合わせ先■ (公社) 神奈川県理学療法士会 事務局
TEL 045-326-3225
Mail : info@pt-kanagawa.or.jp

事務局記載欄

申込書受付日		必要書類	<input type="checkbox"/> 専門 <input type="checkbox"/> 上級
入金確認日		受講 No	
受講票送付日			