

療 育 研 修 所  
2010 年ボバースアプローチ脳性麻痺上級講習会  
受講申込書

1. 氏名	19 年 月 日生,	才 男・女
2. ローマ字氏名 (Mr.・Ms)	_____	
3. 現住所 (〒 _____)		
電話(携帯) ( _____ )	FAX ( _____ )	
メールアドレス _____	@ _____	
4. 職種 (PT・OT・ST・MD)	現在の職場での経験年数( )年 (免許取得年月日 年 月 日)	
5.ボバース基礎講習会受講年度 ( )年度 (CP・CVA) 場所 _____ (A. B. AB. Dr. 会員)		
※基礎講習会のコピーを申し込み時に同封して下さい (PDF でも可)。		
6. 健康状態 (受講に際して配慮が欲しいこと等)		
7. 宿泊の希望		
A) 研修所宿泊希望 ( ) 7月 11 日夕方から、( ) 7月 12 日受付時から		
B) 個人で用意するので不要 (通講を含む)		
8. 領収書の宛名 (無記入は施設名で用意します)		

上記の者を受講させたく申し込みます

平成 年 月 日

施設住所 〒

電話番号

FAX 番号

施設名

施設長名

印

心身障害児総合医療療育センター

所 長 君 塚 葵 殿

(研修所記入欄)

受付日	受付順位
-----	------