

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
-----	------