ＦＡＸ方向

**第1６回兵庫県総合リハビリテーションケア研究大会　参加申込書**

**大会運営事務局（兵庫県リハビリテーション協議会）　行　　ＦＡＸ：078－925－9299**

参加ご希望の方は、下記に必要事項をご記入の上、ＦＡＸにて、お申し込みください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **参加者①（代表者）** | ふりがな | | | | 参加分類（該当に○をつけてください） | |
| 氏名 | | | | 兵庫リハ協議会会員　・　非会員  ・障害のある方及び家族　・　学生 | |
| 所属先名称 | | | | 職種または役職 | |
| 連絡先（自宅 ・ 勤務先）  住所：〒  ＴＥＬ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ：  e-mail: | | | | | |
| **参加者②** | ふりがな  氏名 | | | | 兵庫リハ協議会会員　・　非会員  ・障害のある方及び家族　・　学生 | |
| 所属先名称 | | | | 職種または役職 | |
| **参加者③** | ふりがな  氏名 | | | | 兵庫リハ協議会会員　・　非会員  ・障害のある方及び家族　・　学生 | |
| 所属先名称 | | | | 職種または役職 | |
| **参加者④** | ふりがな  氏名 | | | | 兵庫リハ協議会会員　・　非会員  ・障害のある方及び家族　・　学生 | |
| 所属先名称 | | | | 職種または役職 | |
| **参加者⑤** | ふりがな  氏名 | | | | 兵庫リハ協議会会員　・　非会員  ・障害のある方及び家族　・　学生 | |
| 所属先名称 | | | | 職種または役職 | |
| **通信欄（手話通訳・要約筆記等のご配慮を必要とされる方はその旨をお書きください）** | | | | | | |
| ※５名以上でお申し込みの際はお手数ですが、コピーをとってご使用ください。  ※ＦＡＸでの申し込みの際、送信票は不要です。 | | | | | |  |
| **事務局**  **記入欄** | | **受付番号** | **受付日** | **入力日** | **処理日** |  | |
| **備考** | | | | | | |