



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	兵庫リハ協議会会員 ・ 非会員			
	氏名	・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	兵庫リハ協議会会員 ・ 非会員			
	氏名	・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	兵庫リハ協議会会員 ・ 非会員			
	氏名	・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	兵庫リハ協議会会員 ・ 非会員			
	氏名	・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					