

『神奈川県介護予防従事者研修会』 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

☆県央・湘南・西湘会場
2018年10月25日～~~11月25日~~必着
～12月5日(水)必着
☆横浜・川崎会場
2018年11月21日～~~12月20日~~必着

～2019年1月5日(土)必着

研修会に申し込みをいたします。該当するところに☑してください。

ふりがな		生年月日	昭和・平成
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			
研修会会場	<input type="checkbox"/> 県央・湘南・西湘会場 (2019年1月12日、13日) <input type="checkbox"/> 横浜・川崎会場 (2019年2月10日、11日)		
養成課程	かながわ介護予防・健康づくり運動指導員 <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			
研修会会場	<input type="checkbox"/> 県央・湘南・西湘会場 <input type="checkbox"/> 横浜・川崎会場	受講No.	
必要書類	<input type="checkbox"/> 専門 <input type="checkbox"/> 上級		
受講票送付日		入金確認日	