

貴会名

令和7年度 かかりつけ医向け地域リハビリテーション基礎研修 参加申込書
(令和8年1月25日開催)

	所属（施設名等）	お名前	職種	参加形式		
				会場参加	Web参加	メールアドレス
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

※参加形式について、希望する方に○をご記入ください。

（Web参加を希望する場合は、メールアドレスもご記入ください。）

※お申し込みは 1月16日（金）までをお願いいたします。

※ご提供いただいたメールアドレスは本研修以外の目的では使用しません。