**介護予防研修会、訪問リハ実務者研修会 申込用紙**

**送付先：宮崎県リハビリテーション専門職協議会　事務局**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名： | TEL： |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏名（ふりがな）** | | **生年月日** | メールアドレス | | 参加希望方法  （希望に〇） |
|  | |  |  | | 会場 |
| WEB |
| **職 種** | 各士会入会状況 | | | **訪問リハの経験** | 修了書発行希望 |
| PT・OT・ST・CM  その他（　　　　　） | PT 士会・OT 士会・ST 士会・CM 協会 | | | 有り（ 年） | 必要 |
| 無し | 不要 |

本研修会につきましては、オンライン会議ツールを使用いたします。WEB参加の方は、当日使用される端末よりお申し込みください。申し込み方法は、本申し込み書をPDFでお送り頂くか、下記必要事項をメール本文にご記入の上申し込みメールをお送りください。**必須（協会への提出名簿に必要な為）！**

1. **氏名（ふりがな）**
2. **生年月日**
3. **参加方法【会場】・【WEB】**
4. **職種**
5. **各士会加入状況【○○士会会員】・【非会員】**
6. **訪問リハの経験【あり（〇〇年）】・【なし】**
7. **終了書発行希望【必要】・【不要】**

**＊申し込み締め切り：令和３年１１月２６日（金）17：00 まで**

メールアドレス:　[miyapt@orange.ocn.ne.jp](mailto:miyapt@orange.ocn.ne.jp)