**ＦＡＸ送信先**　　　　　**森整形外科医院**　　　**担当　　平山　宛**

**ＦＡＸ：(0944)63－7842**

平成　　年　　月　　日

平成28年2月28日　日本ＡＫＡ医学会　九州沖縄地域技術研修会

参加申込書

該当箇所を○で囲んでください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 |  | 男・女 | 年　月　日 |
| 職種 | 医師　・　理学療法士　・　作業療法士　 |
| 会員種別 | 会員　・　非会員 |
| 連絡先 | ≪勤務先≫施設名〒　　　　　　　　　　　　　　 |
| ＴＥＬ　　　　　　　　　　　FAX |
| ＡＫＡ技術レベル | 学術集会参加回数　　　　（　　　　回）地域研修会参加回数　　　（　　　　回） |
| 資格 | 専門医　　指導医　　認定　　指導者助手　　なし |
| 試験の受験予定 | 有　　・　　無 |

その他、ご意見・ご希望がございましたらお書きください。