

第5回 DSB基礎講習会 受講申込書

■ 医師 記入欄

申込み日 年 月 日

氏名	フリガナ		連絡先
			() -
勤務先住所 名称	〒		
診療科名	(役職)		
E-mail			
昼食の申込み	昼食代 1,000 円 (弁当、お茶付き) 注文する ・ 注文しない		

■ 義肢装具士 記入欄

氏名	フリガナ		連絡先
			() -
勤務先住所 名称	〒		
E-mail			
翌日の 工場実習の参加	参加できる・参加できない (参加できない場合は後日必ず受講する事)		
昼食の申込み	昼食代 1,000 円 (弁当、お茶付き) 注文する ・ 注文しない		

申込受付期間 平成 29 年 7 月 1 日(土)~7 月 31 日 (月)

FAX 06-6699-8134



- ※ 参加申込書は FAX でお送りください。 ※ 募集人数を超えた場合は抽選とさせていただきます。
- ※ 参加辞退の場合は、必ずお電話をください。
- ※ 昼食代は当日受付でお支払ください。

《お申込先・お問い合わせ先》

社会福祉法人愛徳福祉会 大阪発達総合療育センター (担当 寺裏)

〒546-0035 大阪市東住吉区山坂5丁目11-21 (代表) 06-6699-8731