

令和元年度 生活期リハビリテーション研修会 申込書

送信先	石和共立病院 在宅リハビリテーション室 柴田佳介宛				
	FAX 番号 055-263-3136				
	E-Mail k-shibata@ga.yamanashi-min.jp				
送信元	施設名				
	代表者				
	E-Mail	@			
	出席者氏名	職種	訪問リハ 経験年数	参加 (両日、一日目、 二日目)	懇親会参加 (○か×)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

* 二日間受講された場合には、「訪問リハビリテーション実務者研修会受講証」を発行いたします。

* 受講証は訪問リハビリテーション管理者養成研修会へ参加する場合に必要になります。

専門領域 「生活環境支援理学療法」 20 ポイント
認定領域 「地域理学療法」 20 ポイント

* 一日目の講義終了後、石和温泉駅周辺で懇親会を予定しておりますので、是非ご参加ください。尚、懇親会参加費として別途 5,000 円を頂戴いたします。キャンセルは令和元年 11 月 8 日（金）までにご連絡いただきますようお願いいたします。

令和元年 11 月 1 日（金） 必着