

# 第 10 回 D S B 基礎講習会 受講申込書

申込み日 令和 5 年 月 日

## ■ 医師 記入欄

・ 受講済みの場合記入してください ⇒⇒⇒ 第 回 受講済み

氏 名	フリガナ	連絡先
		( ) -
勤務先住所 名 称	〒 施設名：	
診療科名		
E-mail		
昼食の申込み どちらかに○ 印	注文する ・ 注文しない (お弁当、お茶付き 1,000 円)	

## ■ 義肢装具士 記入欄

・ 申込条件：工場実習に参加可能であること

・ 受講済みの場合 記入してください ⇒⇒⇒ 第 回 受講済み

氏 名	フリガナ	連絡先
		( ) -
勤務先住所 名 称	〒 会社名：	
E-mail		
昼食の申込み どちらかに○印	注文する ・ 注文しない (お弁当、お茶付き 1,000 円)	

**申込受付期間：令和 5 年 10 月 16 日(月)～10 月 27 日(金)**

**FAX 06 - 6699 - 8134**

※ 申込多数の場合は抽選とさせていただきます。

※ 参加申込書は FAX でお送りください。

※ 参加辞退の場合は、必ずお電話をください。

※ 昼食は希望者のみ。代金は当日お支払いください。

《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 06-6699-8731

