

# 第7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 (申込条件：工場実習に参加可能であること)

氏名	フリガナ		連絡先
			( ) -
勤務先住所 名称	〒		
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		

申込受付期間 2019年8月1日(木)～8月23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

