

# 第9回 DSB基礎講習会 受講申込書

## ■ 医師 記入欄

申込み日 令和3年 月 日

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)

氏名	フリガナ		連絡先
			( ) -
勤務先住所 名称	〒 企業名:		
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3年9月6日(月)～9月17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内 DSB基礎講習会事務局  
〒546-0035 大阪市東住吉区山坂5丁目11-21 (代表) 06-6699-8731

