

第11回 DSB基礎講習会 受講申込書

申込み日 令和6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6年11月15日(金)～11月29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

