第１２回　ＤＳＢ基礎講習会　受講申込書

申込み日　令和 ７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　7年　9月　1(月)～ 9月　12日(金)

FAX　06－6699－8134

※　申込多数の場合は抽選とさせて頂きます。

※　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　DSB 基礎講習会担当者
〒546-0035　大阪市東住吉区山坂５丁目１１－２１　　06-6699-8731