千葉県臨床整形外科医会

第12回セラピスト資格継続研修会(千葉)申込書

医療機関名

住　所

TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

Mail

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　JCOA（日本臨床整形外科学会）入会

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　あり　　・　　なし

参加者代表　連絡先〈※参加者に申込み受諾等の連絡を希望される場合のみ記載〉

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　Mail:

セラピストの氏名、フリガナ、認定証番号をご記入お願いいたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | 氏名 | フリガナ | 認定証番号 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |

　　　FAX　０４７―４２５―６５９２

（船橋整形外科病院内　CCOA事務局）