

# 平成24年度 成人ボバースアプローチ認定基礎講習会 受講申込書

ふりがな	
氏名	
ローマ字	( Mr ・ Ms )
生年月日	昭和 年 月 日( )歳
職種	PT ・ OT ・ ST
資格取得年月日	( 昭和 ・ 平成 ) 年 月 日

写 真
(貼り付けてください)

勤務先名:ふりがな: 正式名称: 所属部署: 勤務先住所:(〒 ) ( ) e mailアドレス: 自宅住所:(〒 ) ( )
資格取得後の略歴及び、ボバース関連の講習会、研修会、勉強会の受講履歴:
所属施設の総ベッド数( )床 リハビリ総外来患者数( )名/日 脳血管障害患者の割合( )% リハビリテーションスタッフの内訳 PT( )名 ・OT( )名 ・ST( )名 ・リハ助手( )名 計( )名 *基礎講習会受講者( )名 上級講習会受講者( )名
講習会の受講理由:

上記の講習会受講を申し込みます。

平成 24 年 月 日

医療法人 クオラ

クオラリハビリテーション病院

理事長

松下

兼一

殿

氏名

印