

【別紙様式2 ※1日目のみの受講を希望される方用】

平成28年度京都府認知症初期集中支援チーム員養成研修  
10月22日(土)公開研修受講申込書

標記研修会に、下記のとおり申し込みます。

フリガナ		職 種	<input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> その他 ( )
氏 名			
所 属			
連 絡 先	電話:	FAX:	
	E-mail:		
実務経験年数	医療・保健・介護・福祉の実務経験年数 合計 年		

※ 受講を希望する場合は、8月26日(金)までに申込先あてにFAX(075-842-1541)、もしくは受講申込に必要な事項をEメール([shoki.kyoto@gmail.com](mailto:shoki.kyoto@gmail.com))にて送付してください。

※ 先着順にて受け付けます。

※ 定員に達して受講できない場合は、ご記入いただいた連絡先にご連絡いたします。

※ 公開研修のみの受講者は、修了証は発行されません。

問い合わせ先・申込先

一般社団法人京都府作業療法士会 事務局  
(京都市地域リハビリテーション推進センター内)  
電話:090-6982-2943 FAX:075-842-1541  
E-mail: [shoki.kyoto@gmail.com](mailto:shoki.kyoto@gmail.com)