

第45回中国四国リハビリテーション医学研究会
第40回日本リハビリテーション医学会中国・四国地方会
参加登録票

フリガナ			
氏名			
所属施設			
所属施設所在地に ○をしてください	①岡山県	②広島県	③山口県
	④鳥取県	⑤島根県	⑥徳島県
	⑦香川県	⑧愛媛県	⑨高知県
	⑩その他 ()		
職種に○をしてください	医師	PT	OT
	ST	Ns	学生
	その他 ()		
参加資格 (✓印をご記入ください)	<input type="checkbox"/> 中国四国リハビリテーション医学研究会 会員		
	<input type="checkbox"/> 日本リハビリテーション医学会中国・四国地方会 会員		
	<input type="checkbox"/> いずれも該当しない		
該当する場合は ○をしてください	講師	座長	演者
	審査委員		
認定単位【医師のみ】 ご希望の方は□にチェックして金額を ご記入ください。	ご希望の□にチェックをして金額をご記入ください。(1講演あたり：1,000円)		
	日本リハビリテーション医学会 認定・専門医	<input type="checkbox"/> 特別講演Ⅰ	計 _____ 円
		<input type="checkbox"/> 特別講演Ⅱ	
	日本整形外科学会専門医	<input type="checkbox"/> 特別講演Ⅰ	計 _____ 円
		<input type="checkbox"/> 特別講演Ⅱ	
	<input type="checkbox"/> ランチョンセミナー		
所属医師会	<input type="checkbox"/> 鳥取県	<input type="checkbox"/> その他 ()	
	2,000円(参加費) + _____ 円 = 合計 _____ 円		
宿泊の有無	① 宿泊した (・一泊 ・二泊) ② 宿泊無し ※とっとりコンベンションビューロー助成金制度利用のため、ご協力をお願いいたします。		