

第 48 回中国四国リハビリテーション医学研究会
第 43 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✓を付けてください	<input type="checkbox"/> 山口県 <input type="checkbox"/> 広島県 <input type="checkbox"/> 岡山県 <input type="checkbox"/> 島根県 <input type="checkbox"/> 鳥取県 <input type="checkbox"/> 徳島県 <input type="checkbox"/> 高知県 <input type="checkbox"/> 愛媛県 <input type="checkbox"/> 香川県 <input type="checkbox"/> その他 ()		
職種に✓を付けてください	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> O T <input type="checkbox"/> S T <input type="checkbox"/> N s <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> その他 ()		
参加資格 (✓を付けてください)	<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"/> 専門医 <input type="checkbox"/> 認定臨床医)		
	<input type="checkbox"/> 上記以外 ()		
該当する場合は✓を付けてください	<input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 座長 <input type="checkbox"/> 演者 <input type="checkbox"/> 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✓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 専門医・認定臨床医	<input type="checkbox"/> 教育研修講演 1 <input type="checkbox"/> 教育研修講演 2 <input type="checkbox"/> ランチョンセミナー	計 _____ 円
	日本整形外科学会専門医	<input type="checkbox"/> 教育研修講演 1 <input type="checkbox"/> 教育研修講演 2 <input type="checkbox"/> ランチョンセミナー	計 _____ 円
	2,000円(参加費) + _____ 円 = 合計 _____ 円		