|  |  |
| --- | --- |
| 第1回日本心臓リハビリテーション学会中国地方会  スキルアップステーション申込用紙 | |
| 氏名： 　　　　　　　　　　　　ふりがな： | |
| ご所属 ： | |
| 職種 ： | 医師 ・ コメディカル ・ 学生 ・ その他  ※該当するものを○でかこんでください。 |
| 希望コース： |  |
| TEL ： | FAX： |
| E-mail ：　　　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　　　　　　　（必須）  　　　※今後のご連絡はメールにてさせていただきますので記載をお願いします。 | |
| 備考欄 ： | |

**申込締め切り日　2016年4月4日（月）**

FAX送付先：086-463-5345　運営事務局　㈱メッド　三木

E-mail：jacr-ch2016@med-gakkai.org