

記入例

●講習会・研修会 参加申込書●

【申し込み先】

高知大学医学部・整形外科  
〒783-8505

高知県南国市岡豊町小蓮

FAX: 088-880-2388 担当 森田

ふりがな	こうち だい
氏名	高知 大
施設名	高知大学医学部・リハビリテーション
職種	理学療法士
郵便番号	〒 7 8 3 - 8 5 0 6
住所	高知県南国市小蓮
電話番号 (携帯番号)	088-880-2386
Eメール	<a href="mailto:im35@kochi-u.ac.jp">im35@kochi-u.ac.jp</a>

※どのような職種の方がQSTツールに関心があるのかも確認させて頂くため  
職種欄にも必ずご記入をお願いします。

【備考】

※ FAX・Eメールで申し込みを受け付けております。

※ ご質問等ございましたら、備考欄にご記入下さい。