

# 第9回 JIMTEF 災害医療研修ベーシックコース

## 受講申込書

※個人情報は本事業以外で使用いたしません。

所属団体名	一般社団法人 日本作業療法士協会	
氏名	(フリガナ)	
職種	作業療法士	
勤務先名		
書類送付先 住所	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 〒	
連絡先 TEL	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
e-mail	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
懇親会	<input type="checkbox"/> 出席する <input type="checkbox"/> 欠席する	

(受講を希望する理由)