

<送信先>  
 宮崎県老人保健施設協会  
 事務局 行  
 FAX : 0985-47-3967

【申込期間】  
 ① 大会参加：11/15～R2/1/10  
 ② 研究発表：11/15～12/2

別紙1 : 大会参加・研究発表 申込書

	氏名（漢字）	氏名（フリガナ）	職種	大会参加のみ・研究発表 （どちらかに○をつける）参加費：2,000円
例	老健 花子	ロウケン ハナコ	理学療法士	大会参加のみ・ <input checked="" type="radio"/> 研究発表
1				大会参加のみ・研究発表
2				大会参加のみ・研究発表
3				大会参加のみ・研究発表
4				大会参加のみ・研究発表
5				大会参加のみ・研究発表
6				大会参加のみ・研究発表
7				大会参加のみ・研究発表
8				大会参加のみ・研究発表
9				大会参加のみ・研究発表
10				大会参加のみ・研究発表
	合計		人	円

【施設名： \_\_\_\_\_】

【所属： \_\_\_\_\_】

【申込責任者氏名（漢字） \_\_\_\_\_】

【申込責任者氏名（フリガナ） \_\_\_\_\_】

【電話番号： \_\_\_\_\_】 【Fax番号： \_\_\_\_\_】

申込み後の変更については、変更後のFAXをお送りください。