

第 23 回茨城県総合リハビリテーションケア学会学術集会

参加申込書

1. 氏名 _____

2. 所属 _____

3. 参加区分 *いずれかに○をつけてください。

個人会員 団体会員 非会員 学生 一般

4. 職種 *いずれかに○をつけてください。

- 医師
- 歯科医師
- 薬剤師
- 看護職（保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師）
- 管理栄養士
- 栄養士
- 介護職
- 理学療法士
- 作業療法士
- 言語聴覚士
- 社会福祉士
- 建築関係
- その他

(当日、受付へご提出ください)