



青森県言語聴覚士会 第24回学術研修会 及び 事例相談会 参加申込書

- ・参加者氏名記入欄に、(学術研修会のみ参加・事例相談会のみ参加・両方参加)、(会員・会友・学生・非会員)、いずれかを○で囲んで下さい。
- ・生涯学習プログラムのポイント取得証明書が必要な方は、該当枠に☑をご記入下さい。
- ・用紙が足りない場合はコピーしてお使い下さい。

送信先：

○青森県言語聴覚士会 学術部

つがる西北五広域連合 かなぎ病院 リハビリテーション部 言語療法室
担当 工藤広大 宛

○FAX：0173-53-2407

送信枚数 枚

ふりがな 氏名 いずれかを○で囲んで下さい (学術研修会のみ・事例相談会のみ・両方) (会員・会友・学生・非会員)	所属施設名 □証明書希望 所在地 〒 - 連絡先 TEL () FAX ()
ふりがな 氏名 いずれかを○で囲んで下さい (学術研修会のみ・事例相談会のみ・両方) (会員・会友・学生・非会員)	*以下、同一施設の場合は 同上 とご記入ください □証明書 希望
ふりがな 氏名 いずれかを○で囲んで下さい (学術研修会のみ・事例相談会のみ・両方) (会員・会友・学生・非会員)	□証明書 希望
ふりがな 氏名 いずれかを○で囲んで下さい (学術研修会のみ・事例相談会のみ・両方) (会員・会友・学生・非会員)	□証明書 希望