



青森県言語聴覚士会 第22回学術研修会 参加申込書

送信先：

○青森県言語聴覚士会 学術部

西北五広域連合 つがる総合病院 リハビリテーション部 言語療法室
担当 工藤広大 宛

○FAX：0173-26-7543

*懇親会への参加を希望される方、又は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☑をご記入ください。

ふりがな 氏名 <small>いずれかを○で囲んで下さい (会員・会友・学生・非会員)</small>	所属施設名 所在地 〒 - 連絡先 TEL () FAX ()	<input type="checkbox"/> 懇親会参加 希望 <input type="checkbox"/> 証明書 希望
ふりがな 氏名 <small>いずれかを○で囲んで下さい (会員・会友・学生・非会員)</small>	*以下、同一施設の場合は 同上 とご記入ください	<input type="checkbox"/> 懇親会参加 希望 <input type="checkbox"/> 証明書 希望
ふりがな 氏名 <small>いずれかを○で囲んで下さい (会員・会友・学生・非会員)</small>		<input type="checkbox"/> 懇親会参加 希望 <input type="checkbox"/> 証明書 希望
ふりがな 氏名 <small>いずれかを○で囲んで下さい (会員・会友・学生・非会員)</small>		<input type="checkbox"/> 懇親会参加 希望 <input type="checkbox"/> 証明書 希望
ふりがな 氏名 <small>いずれかを○で囲んで下さい (会員・会友・学生・非会員)</small>		<input type="checkbox"/> 懇親会参加 希望 <input type="checkbox"/> 証明書 希望
ふりがな 氏名 <small>いずれかを○で囲んで下さい (会員・会友・学生・非会員)</small>		<input type="checkbox"/> 懇親会参加 希望 <input type="checkbox"/> 証明書 希望
ふりがな 氏名 <small>いずれかを○で囲んで下さい (会員・会友・学生・非会員)</small>		<input type="checkbox"/> 懇親会参加 希望 <input type="checkbox"/> 証明書 希望
ふりがな 氏名 <small>いずれかを○で囲んで下さい (会員・会友・学生・非会員)</small>		<input type="checkbox"/> 懇親会参加 希望 <input type="checkbox"/> 証明書 希望

送信枚数 枚