（様式１）

**令和４年度 専門職向けシルバーリハビリ体操研修会**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな | |  |
| 氏名 | |  |
| 該当する職種Ｎｏ.に〇をつけてください。 | | １　理学療法士  　２　作業療法士  　３　ケアマネジャー  　４　介護福祉士  　５　老人介護支援センター職員  　６　社会福祉協議会職員  　７　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所属先 | 所属名 |  |
| 郵便番号  住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| FAX |  |
| E-Mail |  |

**受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 希望の参加方法について  どちらかに〇をしてください | 集合形式　／　オンライン形式 |

申込先

〒7２７－8501　庄原市中本町一丁目10番１号

庄原市役所　高齢者福祉課　地域包括支援センター係　担当：飛田

　　ＴＥＬ：０８２４－７３－１１65

ＦＡＸ：０８２４－７５－０２４５

Ｅ－Mail：[chiikihoukatu@city.shobara.lg.jp](mailto:chiikihoukatu@city.shobara.lg.jp)