

参加登録票

フリガナ					
氏名					
所属施設					
所属施設所在地 <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください	<input type="checkbox"/> 香川県	<input type="checkbox"/> 愛媛県	<input type="checkbox"/> 高知県	<input type="checkbox"/> 徳島県	<input type="checkbox"/> 山口県
	<input type="checkbox"/> 島根県	<input type="checkbox"/> 鳥取県	<input type="checkbox"/> 広島県	<input type="checkbox"/> 岡山県	<input type="checkbox"/> その他()
職種 <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください	<input type="checkbox"/> 医師	<input type="checkbox"/> PT	<input type="checkbox"/> OT	<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> Ns <input type="checkbox"/> 学生
	<input type="checkbox"/> その他()				
会員資格の有無 該当する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください	<input type="checkbox"/> 中国四国リハビリテーション医学研究会 会員 <input type="checkbox"/> 日本リハビリテーション医学会 中国四国地方会 会員 (<input type="checkbox"/> 専門医 <input type="checkbox"/> 認定臨床医) <input type="checkbox"/> 日本整形外科学会会員				
該当する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> を付けてください	<input type="checkbox"/> 講師 <input type="checkbox"/> 座長 <input type="checkbox"/> 演題発表者 <input type="checkbox"/> 審査委員				
認定単位 【医師のみ】 <input checked="" type="checkbox"/> 1 つにつき 1,000 円	ご希望の <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/> をして金額をご記入ください。(1 講演あたり:1,000 円)				
	日本リハビリテーション医学会 専門医・認定臨床医	<input type="checkbox"/> 教育研修講演 1		小計	
		<input type="checkbox"/> 教育研修講演 2			
日本整形外科学会教育研修単位	<input type="checkbox"/> 教育研修講演 1				
		<input type="checkbox"/> 教育研修講演 2		円	
参加費 3,000 円 + 認定単位 円= 円					

No. _____