

**第 18 回（平成 22 年度）
（旧）全肢通連 中四国・九州沖縄ブロック職員研修会**

参 加 申 込 書

【送付先】 広島市こども療育センター 二葉園

メール：ftaba@hsfj.city.hiroshima.jp

FAX：082-261-0545

【参加申込書】

以下に、氏名・職名・性別、および研修会の参加区分に○を記入してください。

氏 名	職 名 (職種)	性別	経験 年数	第 1 日目 11 / 5 (金)					第 2 日目 11 / 6 (土)	
				施設 見学	施設長 会議	記念 講演	シンポ ジウム	情報交 換会	分科会	
		男・女	～5 年, ～10 年, 10 年～						A・B	
		男・女	～5 年, ～10 年, 10 年～						A・B	
		男・女	～5 年, ～10 年, 10 年～						A・B	
		男・女	～5 年, ～10 年, 10 年～						A・B	
		男・女	～5 年, ～10 年, 10 年～						A・B	
		男・女	～5 年, ～10 年, 10 年～						A・B	
		男・女	～5 年, ～10 年, 10 年～						A・B	

※経験年数については、情報交換会の時の、席次で配慮させていただきます。

研 修 会 参 加 費	() 円 × 名 = 円
情報交換会参加費	() 円 × 名 = 円
振 込 金 額 合 計	円

※参加申込用紙を確認後、請求書を送ります。

振込先	広島信用金庫 愛宕支店 (026) 普通預金 0449210
	全肢通連 中四国九州沖縄ブロック 二葉園 奥田実千枝