**ＦＡＸ専用（コピーをしてご使用下さい）　＜２９年度＞**

**佐賀県在宅生活サポートセンター**

**シーティング研修**

　　　　　講　座　申　込　書**ＦＡＸ　０９５２－３０－２５９１**

申込日：平成　　年　　月　　日

**受講申込名は、楷書ではっきりとお書き下さい。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  |  |
| **氏　名****（または団体名）** |  |
| **住　所** | **[ 自宅・勤務先 ]いずれかに〇をご記入下さい。** **〒　　　　－** |
| **勤　務　先** |  | **職　種** |  |
| **連　絡　先** | **＊日中連絡がとりやすい番号をご記入下さい。****電話番号　　　　　―　　　　―　　　　　　　FAX番号　　　　　―　　　　―** |
| **ご希望の講座番号を○で囲んでください。（複数可）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **H30年1月27日（土）****13:30～15:30** | **高齢者のシーティング①****評価・計測** | 長崎北病院　作業療法士山田麻和　先生 |
|  | **H30年2月17日（土）****13:30～15:30** | **高齢者のシーティング②****車椅子の適合・調整** | 長崎北病院　作業療法士山田麻和　先生 |

**・お申し込みいただきました内容は講座受付以外には使用いたしません。****・講座の日程や会場は都合により変更させていただくことがあります。****・お申し込みをされてキャンセルされる場合は、必ずご連絡下さい。****・受講受理の際は、ご連絡をいたしません。ご了承ください。** |