

参加申込書

『第9回心臓リハビリテーションスキルアップセミナー』

申込日： 月 日

フリガナ	
所属施設名	
所在地	〒
TEL	
FAX	
e-mail	
フリガナ	
氏名（年齢）	（ 歳）
所属・役職名	
職種	
ご専門分野	
心臓リハビリテーション指導士認定番号	
心臓リハビリテーション学会会員番号	
心電図・心臓リハビリ等で質問したい事項のある方は事前にご記入下さい。 (データを送っていただければ幸いです。) e-mail(cepp@compass-tokyo.jp)	

※申込み確認後に「受講料お振込のご案内」など一式を送付いたしますので、事前にご入金下さい。
当日は必ず、受講票および振込み用紙控をお持ち下さい。