

# 平成30年度 運動療法機能訓練技能講習会 申し込み方法

公益社団法人全国病院理学療法協会  
関東甲信越地方会  
運動療法機能訓練技能講習会

受講を希望される方は、こちらのPDFファイル「[受講申込書](#)」をプリンター出力し、必要事項を記入し、所定の受講料の振り込み受領証の写しを添えて、下記の申込み先へ郵送して下さい。

(認定試験受講料は講習会修了後、徴収します)

## <受講申込書の送り先>

〒259-1134  
神奈川県伊勢原市八幡台1-6-4  
公社1114号  
小塚 文明

## <受講料の振込先>

銀行振り込みの場合  
店番号 388 横浜銀行青葉台支店  
口座番号(普) 6134110  
名称 全病理関東甲信越技能講習

## <受講料>

- ①公益社団法人 全国病院理学療法協会会員 10万円
- ②会員以外 18万円

**納金後の受講料の返金は致しません。**

## <申込み期間>

平成30年4月2日(月)から6月22日(金)まで。

## <その他>

以下の点についてご了解ください。

- 1、全体の受講者が20名に満たない場合は、講習会は実施致しません。この場合、振り込まれた受講料は、後日払い戻します。

- 2、 会場確保の関係上、受講希望者が定員の60名を超過した場合は、受講申込みをお断りすることもあります。この場合は、振り込まれた受講料は、後日払い戻します。
- 3、 受講申込書の受け付け終了後、受講決定通知を支部より送付します。
- 4、 受講料の振込みが確認できない場合は、受講申請を取り消すことがありますので、受講申込書には、必ず振込受領証の写しを添えて下さい。
- 5、 本講習会に関するお問い合わせについて、神奈川県支部技能講習会担当の小堺までファックスまたはE-mailでお願い致します。

<講習会事務局>〒259-1134

神奈川県伊勢原市八幡台1-6-4

公社1114号

小堺 文明

電話：090-4716-5485

FAX：0463-92-1644

E-mail: fu-kozakai@nifty.com