

# 令和6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、「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までに徴収します)

## <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  
小堺 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>

- ② 公益社団法人 全国病院理学療法協会会員 20万円
- ② 会員以外 35万円

**受講料は7月13日(開講式)後の返金は致しません。**

## <申込み期間>

**2024年4月1日(月)から6月28日(金)まで。**

## <その他>

以下の点についてご了承ください。

- 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（6月28日以降）開講するか否かの連絡と初日の会場案内図等を送付します。
- 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。仕事の関係で電話対応出来ない場合があります。

<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