

受講者各位

講習会をスムーズに進行していくため、会員登録時の情報とともにコース運営に活用させていただきます。参加決定通知受領後、下記書類へご記入の上、*指定の期日までに国際PNF協会認定コース事務局までお送りください。
 (*:受講決定者メールにてご連絡いたします。)

記入日:西暦 年 月 日

ふりがな 氏 名	(男・女)
生年月日	西暦 年 月 日生 (歳)
資格	理学療法士・作業療法士・医師 (西暦 年取得)

受講コース名	FBL Klein-Vogelbach course
受講期間	(平成 年) 年 月 日 ~ (平成 年) 年 月 日

FBL Klein-Vogelbach コース受講歴	
Part 1a	受講年度 : 西暦 年 月 インストラクター名:
Part 1b	受講年度 : 西暦 年 月 インストラクター名:
Part 2a	受講年度 : 西暦 年 月 インストラクター名:
Part 2b	受講年度 : 西暦 年 月 インストラクター名:

※コース受講歴の多い方は、別途記載してください。

勤務先	
勤務先形態	病院(急性期・回復期・維持期)・クリニック・診療所・老人保健施設・養成校 訪問リハビリ・開業(自費診療)・その他()
リハスタッフ数	PT 名 ・ OT 名 ・ ST 名
病床数	床
主に対象となる疾患	中枢疾患 % 、 整形疾患 % 、 内科系 % 外科 % 、 呼吸 % 、 その他 % ()

◆受講の動機についてお聞かせください。

◆コースへの希望、興味や疑問に感じているがあればご記入ください。

◆他の認定コース受講歴・他のクライフォーゲルバツハ勉強会参加歴
記載例：大阪2006年Bobath基礎講習会受講、現職者講習会参加他

ご記入ありがとうございました。