

参加登録の方法に関して

ホームページ <http://www.jsrcr-kse.jp/2019/> よりお申込ください。

なお、施設毎でとりまとめを頂ければ幸甚です。



日本呼吸ケアリハビリテーション学会
甲信越支部 第5回学術集会

※必須項目です
お申し込み時に入力間違いや、間違いに気がある場合は、こちらから、入力をお願いします。
施設名も必ずお記入ください。(地域内からお届けください)

〒 _____ 施設名
〒 _____ 施設名
〒 _____ 施設名
その他 _____
上記に該当しない場合は、こちらに施設名をご記入ください。

* 申込責任者 姓 _____ 名 _____
* メールアドレス _____
* 住所 〒 _____ (住所詳細)
郵便番号 _____
市区町村番号 _____
マンションビル名 _____
* 電話番号 _____ - _____ - _____

17名を超えてご登録の場合は、一度入力が完了された後、(送信ボタン)の追加ボタンが、自動的に入力できるように、(送信ボタン)の追加ボタンが、自動的に入力できるように、(送信ボタン)の追加ボタンが、自動的に入力できるように、

1) お名前 _____
1) 区分 医師 看護師 臨床工学 理学療法士 その他
職業区分を選択 _____
区分がその他の場合は以下に記入ください
区分/その他(1) _____
1) お弁当 1:必要

2) お名前 _____
2) 区分 医師 看護師 臨床工学 理学療法士 その他
職業区分を選択 _____
区分がその他の場合は以下に記入ください
区分/その他(2) _____
2) お弁当 1:必要

3) お名前 _____
3) 区分 医師 看護師 臨床工学 理学療法士 その他
職業区分を選択 _____
区分がその他の場合は以下に記入ください
区分/その他(3) _____
3) お弁当 1:必要

4) お名前 _____
4) 区分 医師 看護師 臨床工学 理学療法士 その他
職業区分を選択 _____
区分がその他の場合は以下に記入ください
区分/その他(4) _____
4) お弁当 1:必要

施設名をご記入ください。

申込代表者のお名前・メールアドレス・住所・電話番号を記載してください。

参加者のお名前・職業区分をお願いします。(20名まで)

20名までご登録
それ以上のご登録の場合は、一度送信された後、もう一度フォームを開き、追加分のご登録をお願いします。

参加申込期間:
2019年5月31日(金)正午まで
※当日参加も可能です