**Spine Dynamics療法シンポジウム発表申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 発表分野 | * 研究発表　　　□　経験発表　　いずれかに☑を入れてください。
 |
| テ　ー　マ |  |
| 発表者 | （フリガナ）氏　名 |  | 勤務先 |  |
| 所属先 |  | 所属部課役 職 |  |
| 所在地 | 〒 | 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail | 明確に記載ください　 |
| 組織内ﾚﾋﾞｭｰは受けて | □　いる　□　いない☑を入れてください | ココカラHP・Facebook等への貴台の発表風景写真の掲載 | □　諾　　□　否 |
| 職　　種 | □ＰＴ　□ＯＴ　□ＳＴ□トレーナー□鍼灸師□柔道整復師□その他（　　　　　　） | 年齢 | ［　　　］該当の数字をご記入ください1. ～19歳　②20～29歳　 ③30～39歳　 ④40～49歳

⑤50歳～59歳　⑥60歳～ |
| その他連絡事項 | ※ご自身の発表のPRポイントやご希望などがありましたら、ご記入ください。 |

|  |  |
| --- | --- |
| **申込み・問合せ先** | **心と体のリハビリテーション研究会　Spine Dynamics療法シンポジウム事務局****〒167-0051　東京都杉並区荻窪3-47-15-401****TEL:090-5477-8507　　FAX:03-6915-1329　　E-mail:kitazaki@seisen.info****http://www.koko-kara.info/**開催案内･プログラム等の詳細情報はWEB上で随時更新します. |