**※件名に「リハ講習会申し込み」と明記してください。**

①　希望の部（□にレ印）　　□ 日中の部（10時～12時）　・　□ 夜の部（18時～20時）

②　参加者氏名

③　所　属　先

④　職　　　 名

⑤　連絡先メールアドレス

⑥　連絡先電話番号

⑦　受講者の所属区分　※下記からお選びください

　　　　　　　　　　　　　　　　　（当事者・家族・医療・行政・福祉・その他）

**当事者・家族の方は記入不要です**

* 当日はＷＥＢ会議サービス「ＺＯＯＭ」にて、事前に収録した動画の配信形式と

なります。（質疑の受付はございません）

* **「ＺＯＯＭ」の入室用ＩＤは、前日までにメールでお送りいたします**。
* ＰＣや通信環境、システム環境がない場合は、受講していただくことができません。
* 通信環境により、音声、映像が確実に届かない場合もございます。確実な受講のため、**ＰＣを有線ＬＡＮ接続のうえ、イヤホン等での視聴を推進します**。
* **ＷＥＢ配信時の録音・録画はご遠慮ください**。

E-MAIL　　[koujinou-shien-reha@irc.or.jp](mailto:koujinou-shien-reha@irc.or.jp)

受付：高次脳機能障害担当宛に11月30日までにお申込みください。

3日以内（土日祝祭日除く）に受付メールをお送り致します。

WEB開催のため、メールアドレスが必要となります。

下記の必要事項をご確認の頂き、①～⑦を記入の上、必ず視聴の際に使用する端末にてメールでお申し込みください。

**注意事項**

**必要事項**

**申し込み方法**