【掲載例】

主催団体名	（公社）沖縄県理学療法士協会
タイトル	○○○○部　研修会
サブタイトル	医療サポート事前研修会
テーマ	～○○○○○○～
主旨・内容	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○ ○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○
開催日時	平成 28 年○月○日（土）00：00～00：00
開催場所	○○病院 研修室
受講・参加費	無料（非会員 5,000 円）
対象者	沖縄県理学療法士協会会員、医療関連 医療に従事している方(医師、看護師、その他)
定　員	100 名（先着順、定員に達し次第締め切り）
申込締切日	平成 28 年○月○日（土）
申し込み方法	下記の宛先まで件名を「○○○○部　研修会」とし、①氏名、②フリガナ、③会員番号、④所属先、⑤役職、⑥所属ブロックを本文内に入力し、E-mail 送信してください。 参加申し込み期間：平成 28 年 0 月 0 日～00 日 お申込み先：optaoffcie@oki-pt.jp（比嘉）
問合せ先	沖縄県理学療法士協会　事務局 TEL：098-930-5023　　mail：optaoffcie@oki-pt.jp 担当：比嘉
備　考	