**一般社団法人　宮城県作業療法士会主催**

**「現職者選択研修(精神障害領域)」（旧称「現職者研修」）研修会申込用紙**

（FAXの場合は、この用紙をそのまま送信してください。）

**○「現職者選択研修(精神障害領域)」研修会への参加申込みを致します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **送信先** | **施設名：宮城県作業療法士会事務局**  **住所：〒980-0802　仙台市青葉区二日町18-25　シャルム603号**  **FAX：022－263-0098** |

|  |  |
| --- | --- |
| **発信者** | **所属施設名：**  **住所：**〒  **氏名：**  **FAX：　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡：** |

**＝申込み注意事項＝**

* 下記に所属施設名、電話番号、参加申込者氏名、宮城県作業療法士会会員・非会員の別をご記入の上、該当単位修得の有無の欄に○を付けてください。**申込締め切りは、平成28年2月5日（金）です。**
* 日本作業療法士協会会員の方は協会員No．の記載をお願いします。（宮城県作業療法士会非会員の方でも日本作業療法士協会会員の方はご記載ください。）また、宮城県作業療法士会以外の方は、所属県士会名もご記入ください。
* **公文書の必要な場合**、○を付け、**枠外へ公文書宛名、送付先住所をご記入の上、平成28年1月29日（金）必着**で申込みをお願いいたします。締切りに遅れた場合、公文書が発送でできない場合がございますので、ご注意ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所　　属  連絡先電話番号 | 氏　　　名  および  日本作業療法士協会  会員No. | 宮城作業療法士会会員  別所属県士会 | 該当単位修得の  有　無 | 公文書 |
| ℡( 　 　　 ) | 日本ＯＴ協会No. | **宮城ＯＴ士会**  **会員／非会員**  **(：　　　　　)** | 済・未 | 要・不 |
| ℡( 　 　　　 ) | 日本ＯＴ協会No. | **宮城ＯＴ士会**  **会員／非会員**  **(：　　　　　)** | 済・未 | 要・不 |
| ℡( 　 　　 ) | 日本ＯＴ協会No. | **宮城ＯＴ士会**  **会員／非会員**  **(：　　　　　)** | 済・未 | 要・不 |
| ℡( 　 　　 ) | 日本ＯＴ協会No. | **宮城ＯＴ士会**  **会員／非会員**  **(：　　　　　)** | 済・未 | 要・不 |

☆公文書の必要な方は以下にご記入ください。

氏名：

公文書宛名：

送付先宛名：

送付先住所：　〒