

一般社団法人 宮城県作業療法士会 企画管理局 地域支援部主催

「平成 29 年度 認知症アップデート研修会」

FAX 申込用紙

(この用紙をそのまま送信してください)

○上記研修会への参加を申し込みいたします。

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 シャルム二日町 603 号 FAX：022-263-0098 (TEL：同 電話対応は祝日を除く月・水・金 9:00~14:00)
-------------	---

発 信 者	所属施設名： 住所：〒 氏名： FAX： TEL：
-------------	------------------------------------

【申込み注意事項】

* 下記に所属施設名、電話番号、参加申込者氏名をご記入ください。

申込締め切りは、平成 30 年 1 月 22 日 (月) です。

* 作業療法士の方は、宮城県作業療法士会会員の有無にかかわらず協会会員 No. の記載をお願いします。

* 職場宛出張依頼の公文書発行をご希望の場合、研修会開催 2 週間前 (平成 30 年 1 月 12 日) までに、直接事務局 (022-263-0098 事務員対応時間：月・水・金 9 時~14 時) へお問い合わせ下さい。

所属 連絡先電話番号	氏名 日本作業療法士協会 会員 No.	参加形態 (該当項目に○を つけて下さい)	備考
TEL ()	日本 OT 協会 No. _____	・ 1 日参加 ・ 応用編のみ (基礎編受講済)	
TEL ()	日本 OT 協会 No. _____	・ 1 日参加 ・ 応用編のみ (基礎編受講済)	
TEL ()	日本 OT 協会 No. _____	・ 1 日参加 ・ 応用編のみ (基礎編受講済)	
TEL ()	日本 OT 協会 No. _____	・ 1 日参加 ・ 応用編のみ (基礎編受講済)	
TEL ()	日本 OT 協会 No. _____	・ 1 日参加 ・ 応用編のみ (基礎編受講済)	