

宮城県大規模災害リハビリテーション支援関連団体協議会

令和5年度研修会参加申し込み用紙

(FAXの場合は、この用紙をそのまま送信してください。)

FAX : 022-745-0003

送 信 先	施設名 : 東北保健医療専門学校作業療法科	担当者名 : 上遠野 純子
	住所 : 〒980-0013 仙台市青葉区花京院1-3-1	
	F A X : 022-745-0003	

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、携帯電話番号、参加者氏名、職種、メールアドレスを必ずご記入下さい。対面による研修会開催を予定しておりますが、感染拡大防止の観点から Zoom を用いたオンラインでの研修会開催に変更になる場合があります。インターネット環境と周辺機器のご準備をあらかじめお願い致します。オンライン研修会になった場合には、参加者のメールアドレスにルーム URL ならびにミーティング ID とパスワードをお送りいたします。当日はメールに添付されたルーム URL からご参加頂くと手順が容易になります。手順に不明な点やわからないことがあれば、問い合わせ先にご連絡下さい。

* 公文書の発行が必要な方は、問い合わせ先までご連絡下さい

所 属 携帯電話番号	氏 名	職 種	メールアドレス
TEL ()			
TEL ()			
TEL ()			

