

一般社団法人 宮城県作業療法士会 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、宮城県作業療法士会会員／非会員の別をご記入ください。非会員の方は、県士会にご入会いただき今年度県士会費の納入が確認された方のみ受講証明を発行いたします。申込締め切りは、**平成 29 年 5 月 10 日（水）**です。

* 職場宛出張依頼の公文書が必要な場合は、備考欄に「職場宛出張依頼書発行希望」と記載し、公文書宛名、郵送先住所をご記載の上、4 月 24 日（月）までにお申し込みください。申込が遅れた場合は、公文書発行が間に合わない場合がありますので、ご注意ください。

所属 連絡先電話番号	氏名 日本作業療法士協会会員 No.	備考
TEL ()	日本 OT 協会 No. _____	
TEL ()	日本 OT 協会 No. _____	
TEL ()	日本 OT 協会 No. _____	
TEL ()	日本 OT 協会 No. _____	
TEL ()	日本 OT 協会 No. _____	