

申 込 用 紙

**「3 領域（医療・介護・障害福祉）リハビリテーション関連報酬改定研修会」**  
 （FAX の場合は、この用紙をそのまま送信してください。）

- ◆ 日 程：平成 30 年 5 月 19 日（土）9:30～17:00
- ◆ 会 場：日立システムホール仙台（仙台市青年文化センター）エッグホール  
 <住所>〒981-0904 仙台市青葉区旭ヶ丘 3-27-5（TEL：022-276-2110）

●上記研修会への参加申込みを致します。

<b>送 信 先</b>	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（TEL 同：電話対応は祝日を省く 月・水・金 9:00～14:00） E-mail：miyagi.ot.chiiki@gmail.com
----------------------	---

<b>発 信 者</b>	所属施設名： 住所：〒 氏名： FAX： TEL： E-mail：
----------------------	---

＝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、協会員 No. をご記入ください。
- \* 1 日目の研修会終了後に懇親会を予定していますので是非ご参加ください。
- \* **職場宛出張依頼の公文書が必要な場合は**、申込〆切日の 1 週間前までに、上記事務局まで直接お問い合わせ下さい。申し込みが遅い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 および 日本作業療法士協会会員 No.	平成 29 年度年会費支払状況 および 研修受講状況
TEL( )	日本 OT 協会 No. _____	◆日本作業療法士協会年会費支払 （ 済 ・ 未 ） ◆宮城県作業療法士会年会費支払 （ 済 ・ 未 ） ◆参加形態（いずれかに○を記入） （    ） 終日参加（6,000 円） （    ） 医療のみ参加（2,000 円） （    ） 介護のみ参加（2,000 円） （    ） 障害福祉のみ参加（2,000 円） （    ） 医療と介護のみ参加（4,000 円） （    ） 医療と障害福祉のみ参加（4,000 円） （    ） 介護と障害福祉のみ参加（4,000 円）
TEL( )	日本 OT 協会 No. _____	◆日本作業療法士協会年会費支払 （ 済 ・ 未 ） ◆宮城県作業療法士会年会費支払 （ 済 ・ 未 ） ◆参加形態（いずれかに○を記入） （    ） 終日参加（6,000 円） （    ） 医療のみ参加（2,000 円） （    ） 介護のみ参加（2,000 円） （    ） 障害福祉のみ参加（2,000 円） （    ） 医療と介護のみ参加（4,000 円） （    ） 医療と障害福祉のみ参加（4,000 円） （    ） 介護と障害福祉のみ参加（4,000 円）