

# ＜参加申込書・事業所紹介用紙＞

~~×~~切り 8/16 (金)

**FAX : 0229-43-5715**

涌谷町町民医療福祉センター リハビリテーション科宛て

表紙は付けずこのまま送信ください

|         |  |
|---------|--|
| 所属施設名:  |  |
| TEL:    |  |
| FAX:    |  |
| E-Mail: |  |

## ＜事業所紹介＞

|   | OT氏名 | 資格取得年        | 県士会      | 今回の研修会   |
|---|------|--------------|----------|----------|
| 1 |      | (H        年) | 会員 ・ 非会員 | 参加 ・ 不参加 |
| 2 |      | (H        年) | 会員 ・ 非会員 | 参加 ・ 不参加 |
| 3 |      | (H        年) | 会員 ・ 非会員 | 参加 ・ 不参加 |
| 4 |      | (H        年) | 会員 ・ 非会員 | 参加 ・ 不参加 |
| 5 |      | (H        年) | 会員 ・ 非会員 | 参加 ・ 不参加 |
| 6 |      | (H        年) | 会員 ・ 非会員 | 参加 ・ 不参加 |
| 7 |      | (H        年) | 会員 ・ 非会員 | 参加 ・ 不参加 |

|               |   |    |                                                                           |
|---------------|---|----|---------------------------------------------------------------------------|
| その他のリハビリスタッフ数 |   |    |                                                                           |
| PT            | 名 | ST | 名                      その他                      名(                      ) |

|                                |
|--------------------------------|
| 事業所PR                          |
| 大崎OTブロック活動への要望などございましたら、ご記入下さい |

※足りない場合はコピーしてお使い下さい