

第17回宮城県作業療法学会 参加申込用紙

(FAXの場合はそのまま送信して下さい)

送 信 先	施設名：一般社団法人宮城県作業療法士会事務所 部署名：第17回宮城県作業療法学会 TEL・FAX 022-263-0098
-------------	---

発 信 者	所属施設名： 住 所： 氏 名： FAX： TEL：
-------------	-------------------------------------

【申し込み注意事項】

- ・下記に所属施設名、電話番号、参加申込者氏名、職種やOT協会会員番号等を明記してください。
- ・なるべく所属施設ごとにまとめてお申し込み下さい。

所属施設名 連絡先電話番号	氏名	会員別（協会会員番号） 職種	公文書 (要・不要を 明記下さい)
TEL ()		宮城OT士会員(協会番号：)・ 非会員・学生・その他 ()	
		宮城OT士会員(協会番号：)・ 非会員・学生・その他 ()	
		宮城OT士会員(協会番号：)・ 非会員・学生・その他 ()	
TEL ()		宮城OT士会員(協会番号：)・ 非会員・学生・その他 ()	
		宮城OT士会員(協会番号：)・ 非会員・学生・その他 ()	
		宮城OT士会員(協会番号：)・ 非会員・学生・その他 ()	
TEL ()		宮城OT士会員(協会番号：)・ 非会員・学生・その他 ()	
		宮城OT士会員(協会番号：)・ 非会員・学生・その他 ()	
		宮城OT士会員(協会番号：)・ 非会員・学生・その他 ()	