

一般社団法人 宮城県作業療法士会主催

「研修会システム① 地域包括ケア・地域ケア会議 概論」申込用紙

(FAX の場合は、この用紙をそのまま送信してください。)

お申込みの会場を○で囲んでください

1. 【**県南域**】平成 29 年 7 月 5 日 (水) 大河原町 締切 6 月 30 日 (金)
2. 【**県北域**】平成 29 年 7 月 6 日 (木) 大崎市 締切 6 月 30 日 (金)
3. 【**中央域**】平成 29 年 7 月 12 日 (水) 仙台市 締切 7 月 7 日 (金)

●上記研修会への参加申込みを致します。

|     |  |
|-----|--|
| 送信先 | 施設名：宮城県作業療法士会事務局<br>住所：〒980-0802 仙台市青葉区二日町 18-25 シャルム 603 号<br>FAX：022-263-0098 (TEL 同：電話対応は祝日を省く 月・水・金 9:00~14:00)<br>E-mail：miyagi.ot.chiiki@gmail.com |
|-----|--|

|     |  |
|-----|--|
| 発信者 | 所属施設名：<br>住所：〒<br>氏名：<br>FAX：<br>E-mail：<br>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、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<br>連絡先電話番号 | 氏名<br>および<br>日本作業療法士協会会員 No. | 平成 28 年度年会費支払状況<br>および<br>研修受講状況   | 懇親会<br>参加 |
|---------------|------------------------------|--|-----------|
| TEL ( )       | 日本 O T 協会 No. _____          | 日本作業療法士協会年会費支払<br>済・未<br>宮城県作業療法士会年会費支払<br>済・未<br>MTDLP 基礎研修受講<br>済・未<br>生涯教育基礎研修修了<br>済・未 | 可・否       |
| TEL ( )       | 日本 O T 協会 No. _____          | 日本作業療法士協会年会費支払<br>済・未<br>宮城県作業療法士会年会費支払<br>済・未<br>MTDLP 基礎研修受講<br>済・未<br>生涯教育基礎研修修了<br>済・未 | 可・否       |
| TEL ( )       | 日本 O T 協会 No. _____          | 日本作業療法士協会年会費支払<br>済・未<br>宮城県作業療法士会年会費支払<br>済・未<br>MTDLP 基礎研修受講<br>済・未<br>生涯教育基礎研修修了<br>済・未 | 可・否       |