

茨城県作業療法士会
平成30年度 地域ケア会議人材育成研修 参加申込書

申し込み先 FAX : 029-353-8475

茨城県作業療法士会 事務局 宛
担当 : 水野、細田

誠に恐れ入りますが、下記にご記入いただき、平成30年10月1日(月)必着にて、上記担当までご返送くださいますようお願い申し上げます。

所属先名称		
所属先住所	〒 — 住所 :	
連絡先 (参加者代表)	TEL :	FAX :
	E-mail :	
ふりがな 参加者氏名	職種/経験年数	OT会員番号 (OTの方のみご記入ください)
	/ (年目)	
	/ (年目)	
	/ (年目)	
	/ (年目)	
	/ (年目)	
備考		

担当 : 茨城県作業療法士会
事務局 水野、細田