

第 11 回 茨城県作業療法学会

「医療と介護と福祉をつなぐ作業療法」

参 加 申 込 書

1. 氏名 : _____

2. 所属 : _____

3. 会員について *あてはまるものに○をして下さい.

1) 作業療法士会 会員 ※会員証提示

注) 会員証の提示がない場合は、非会員としての参加になります。

所属士会：茨城県・(_____ 都・道・府・県)

H30 年度茨城県作業療法士会 年会費

・支払済 _____ ・未払 _____

日本作業療法士協会会員番号

No : _____

2) 1) 以外の作業療法士、医療・介護・福祉職

・作業療法士（非会員） _____ ・理学療法士 _____ ・言語聴覚士 _____

・看護職（保健師・助産師・看護師・准看護師） _____

・介護福祉士 _____ ・社会福祉士 _____

・その他（ _____ ）

3) 上記以外の一般の方

4) 作業療法士養成校学生 ※学生証提示