第１３号様式

FAX 送信票は不要です。本申請書のみ送信ください。

送信先：牛久愛和総合病院　　筧 智裕
FAX：０２９ － ８７３ － ３１２６

研修会共催・後援申請書

◆申　請　日：　　年　　月　　日

◆申　請　者　氏　名：.....

所　属：

.....

FAX 番号：.....

◆研修会主催者　氏　名：.....

所　属：

.....

※申し込み者と同一の時には、省略可

◆研修会名：

.....

◆研修会開催日：　　年　　月　　日

◆研修会内容：

1)

.....

2)

.....

◆対象者：(該当するものに〇をつけてください)

・OT　・PT　・ST　・Ｎｓ　・学生　・一般

・その他（　　）

◆共催・後援希望：(該当するものに〇をつけてください)

・　県士会の共催を希望する　　・　県士会の後援を希望する

公益社団法人　茨城県作業療法士会