

送信先：(公社)茨城県作業療法士会 水野

E-mail: office2@ibaraki-ot.org

研修会共催・後援申請書

◆申請日：令和 年 月 日

◆申請者氏名：.....

所属：.....

連絡先(メールアドレス)：.....

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：令和 年 月 日 ( 曜日)

◆研修会内容：.....

◆対象者：(該当するものに○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○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

◆日本作業療法士協会生涯教育基礎ポイントの申請希望：(該当するものに○をつけてください)

・ポイント申請する ・ポイント申請しない

※ポイントの適用は、共催申請であり、講義時間が90分以上あり、開催案内がある場合です。

◆ポイント申請される方へ(チェックしてください)

共催として申請していますか？

講義時間は90分以上ですか？

開催案内は添付していますか？

※ 開催案内のHP掲載を希望しない場合は、別途ご連絡下さい。