FAX送信用紙

平成26年度現職者選択研修会（香川県作業療法士会教育部主催）　受講申し込み

送信先：　**いわき病院　　作業療法科**

FAX：087-879-1080

送信元：

TEL：
FAX：

下記に記入漏れのないようご記入の上、いわき病院までFAX送信してください。

送信トラブルを避けるため、この申込用紙のみ（別紙 送信票不要）を送信してください。

受講の可否について、受講できない場合にのみ、こちらからご連絡させていただきますのでご了承ください

申込み締め切り：平成26年7月15日（火）

連絡先（主にFAX、郵便など）	□　自宅　□　勤務先 施設名：
〒/住所	
電話番号/FAX	TEL：　FAX：
受講希望分野 （いずれか1つ）	□　発達障害　□　精神障害 □　身体障害
選択研修について	□　初めて受ける　□　1つ終了　□　2つ修了
氏名（ふりがな）	（　　）
協会会員番号　（※免許番号ではない）	
所属県士会	県士会
経験年数（作業療法免許取得後）	年
公文書の発送	□　要　□　不要
【備考】	