

FAX送信用紙

2016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28年7月31日（日）

連絡先（主にFAX、郵便など）	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 施設名：
〒/住所	〒 -
電話番号/FAX	TEL: FAX:
受講分野	<input type="checkbox"/> 身体障害 <input type="checkbox"/> 精神障害
選択研修について	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 1つ修了 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要
【備考】	