FAX送信用紙

2017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29年8月5日（土）

連絡先（主にFAX、郵便など）	□　勤務先 施設名:
郵便番号	〒　　－
住所	
電話番号/FAX	TEL:　　FAX:
受講分野	□　老年期障害　　□　発達障害
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）	年目
公文書の発送	□　不要　　□　要