

FAX送信用紙

2017年度 現職者選択研修会MTDLP基礎研修会(香川県)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9月22日(木)

連絡先(主にFAX、郵便など)	<input type="checkbox"/> 勤務先 施設名:
	郵便番号 〒 -
	住所
電話番号/FAX	TEL: FAX:
受講分野	MTDLP基礎研修
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	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要