

FAX送信用紙

四国精神科作業療法士懇話会 第40回大会 参加申込み

送信先： 四国精神科作業療法士懇話会 事務局
 いわき病院 作業療法科 FAX:087-879-1080

所属施設名							
住所	〒 -						
TEL							
FAX							
ふりがな 参加者氏名	研修会参加		支払い方法 (いずれか選択してください)			懇親会	
	11/17	11/18	事前振込	金額	当日払い	参加	不参加
(例) しこく たろう 四国 太郎	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	¥4,000	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※ 申込受付期間は 平成30年8月20日(月) ~ 11月14日(水) です。
 ただし、事前振り込みは確認のため 11月9日(金) までに完了してください。
 ※ 懇親会費は、当日お支払下さい。
 ※ 用紙が足りない場合はコピーしてご利用下さい。

事務局確認欄	受付番号： 受付日 平成30年 月 日	入金確認 平成30年 月 日
--------	---------------------------------	-------------------------