FAX送信用紙

平成27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27年7月20日(月)

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:
受講分野	老年期障害
選択研修について	□ 初めて　□ 1つ修了　□ 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	□　不要　□　要
【備考】	