

FAX 送信票

送信先:茨城県立医療大学 作業療法学科 白石英樹
FAX:029-840-2320

研修会共催・後援申し込み

◆申し込み日：平成 年 月 日

◆申し込み者 氏名：
所属：
FAX 番号：

◆研修会主催者 氏名：
所属：

※申し込み者と同一の時には、省略可

◆研修会名：

◆研修会開催日：平成 年 月 日

◆研修会内容：

- 1)
- 2)

◆対象者：(該当するものに○をつけてください)

OT ・ PT ・ ST ・ N s ・ 学生 ・ 一般

その他 ()

◆共催・後援希望：(該当するものに○をつけてください)

県士会の共催を希望する ・ 県士会の後援を希望する