

連 絡 網 申 請 書

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所属施設名	
所属先住所	〒
電話番号	
FAX番号	
e-mail	
OT代表者名	
OT県士会会員数	名
連絡方法※	電 話 ・ FAX （メール以外の連絡希望施設のみ）

※基本的にはメールでの連絡とさせていただきます。

メール以外の方は、電話もしくはFAXのどちらかに○を付けて下さい。

- ・ 今後 OT 代表者、連絡先メールアドレス等の変更がありましたら、下記事務局まで本様式を使用して再申請下さい。
- ・ 用紙は県士会ホームページよりダウンロードできます。
- ・ 作成しました名簿は当士会活動以外に使用致しません。

問い合わせ先：

〒 310-0034

茨城県水戸市緑町 3-5-35

茨城県保健衛生会館内 茨城県作業療法士会事務局

TEL：029-302-7092 / FAX：029-353-8475

e-mail：office2@ibaraki-ot.org（担当：水野）