

FAX 送信票は不要です。本申請書のみ送信ください。

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・後援申請書

◆申請日：平成 年 月 日

◆申請者氏名：.....

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 ・Ns ・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