第１３号様式

　FAX送信票は不要です。本申請書のみ送信ください。

**送信先：牛久愛和総合病院 筧 智裕**

**FAX：０２９ − ８７３ – ３１２６**

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