第１０号様式

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） |
| メーリングリストへの登録 | 承　諾　・　拒　否 |

※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。

・FAXで申請される場合は、この用紙のみお送りください。

・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）