

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)