

FAX 送信表

※送信表は不要です

送信先：川内市医師会立市民病院 総合リハビリテーション部
持永 博幸（もちなが ひろゆき）行
〒895-0005 鹿児島県薩摩川内市永利町4 1 0 7 - 7
TEL：0996(22)1111 FAX：0996(22)0511

平成30年度(第13回)九州作業療法士会長会主催合同研修会 参加申し込み

施設名:

連絡先電話番号:

会員番号(経験年数)	氏名	懇親会(どちらかに○を付けてください)
例) 29〇〇〇(10年)	九州 太郎	参加・不参加
		参加・不参加
		参加・不参加
		参加・不参加
		参加・不参加
		参加・不参加
		参加・不参加
		参加・不参加
		参加・不参加
		参加・不参加
		参加・不参加

※原則として両日参加ですが、どちらかのみ参加の場合その旨余白にご記載ください