

鳥取県作業療法士会主催

地域包括ケアシステム大研修会 FAX申込用紙

FAX番号：0859-72-1818

作業療法士 山本 香織 宛

1. 所属施設： _____

2. 電話番号： _____

3. 参加者氏名： _____

4. 協会番号： _____

5. 県士会費納入の有無： _____

※他職種の方は4, 5の記入は不要です