

一般社団法人山形県作業療法士会

「令和2年度第1、2回地域ケア会議助言者資質向上研修会」参加申込書

申し込み先宛のメールに申込書を添付するか、  
メール本文に必要事項を入力してお申し込みください  
メール件名は「〇月〇日研修会申し込み」としてください

参加希望研修会（をつけてください）

第1回（お口の健康） 令和2年12月19日 土曜日 13:00 ～ 14:40  
※申し込み締め切り 12月7日 月曜日

第2回（栄養） 令和2年12月22日 火曜日 19:00 ～ 20:40  
※申し込み締め切り 12月10日 木曜日

参加申込者

ご所属

\_\_\_\_\_

お名前

\_\_\_\_\_

職 種

\_\_\_\_\_

ご連絡先/電話番号

\_\_\_\_\_

メールアドレス

(必須)

\_\_\_\_\_

※事例などのデータを受け取れるメールアドレスをお願いいたします

担当より連絡事項等をお送りしますので適宜メールチェックをお願いいたします

※申し込み後2～3日たってもメール連絡がない場合は、お手数ですが

申込先まで電話でお問い合わせください

講師へのご質問、研修会へのご意見、連絡事項などありましたらご記入ください

\_\_\_\_\_