石川県作業療法士会

参加申込みFAX送信用紙

申込み催行名	

送信先	
所　属	
部　署	
職　名	
氏　名	
Fax番号	

発信者	
所　属	
部　署	
職　名	
氏　名	
Fax番号	

※会員番号は、OTの方のみ記入

氏名	職　種	会員番号※	オプション１	オプション２