

第4回山梨県作業療法学会・参加申込書

平成 年 月 日

送信先	〒406-0004 山梨県笛吹市春日居町小松 855 山梨リハビリテーション病院 リハビリテーション部作業療法課 山梨県作業療法学会 事務局 佐尾健太郎 行 F A X : 0 5 5 3 - 2 6 - 4 5 6 9
発信元	貴施設名： _____ T E L : (_____) _____ F A X : (_____) _____

No	(ふりがな) 参加者氏名	職種	種別	託児所利用の有無 (利用者のみ○を記入)
			会員¥2,000-非会員¥3,000- 学生¥1,500-	
1			会員・非会員・学生	
2			会員・非会員・学生	
3			会員・非会員・学生	
4			会員・非会員・学生	
5			会員・非会員・学生	
6			会員・非会員・学生	
7			会員・非会員・学生	
8			会員・非会員・学生	
9			会員・非会員・学生	
10			会員・非会員・学生	
お振込み代表者氏名：			※必ずご記入下さい	
お振込み合計金額： ¥ _____			※必ずご記入下さい	

- ※ お手数ですが、平成22年2月28日(日)までにFAXにてお申込み下さい。
- ※ FAXにて申し込み後、平成22年2月28日(日)までに合計金額をお振り込みください。
- ※ 振り込みの確認をしますので、代表者氏名・振込み金額は必ずご記入下さい。
- ※ 振込み用紙には申し込みされた施設名・電話番号・振込代表者氏名を必ずご記入下さい。
- ※ 参加申し込みが多数になる場合は、用紙を複写してご使用下さい。(その際は用紙に統一の振込代表者を記載し、施設単位での合計金額で振り込みをお願い致します)。