

事務連絡

会 員 各 位

佐賀県作業療法士会
会 長 倉 富 真

佐賀県作業療法士会入会案内について

拝啓、時下ますますご健勝のこととお喜び申し上げます。

さて、佐賀県作業療法士会では県士会活動を活性化するために、佐賀県内の施設に就職された先生方に県士会の入会をご案内しております。入会方法は下記のとおりです。是非とも入会していただき県士会活動にご協力いただきますよう、よろしくお願い致します。

また、既入会の先生方で、新入会員情報をお持ちでしたら、県士会事務局までご連絡いただきますよう重ねてお願いいたします。

敬具

記

入会方法：申込用紙にて必要事項を記入のうえ県士会事務局までご返送ください。
(FAXでも可能です)

返 送 先：〒 841-0074 医療福祉専門学校 緑生館 作業療法学科
佐賀県作業療法士会事務局 川辺 千津子
TEL 番号 0942-84-5100
FAX 番号 0942-84-0768

<県土会費について>

県土会活動の運営にあたり、会費徴収を行っています。年会費は5000円です。入会金は不要です。納入は、郵便局または銀行への振り込み、新人教育プログラム及び学術研修会時に徴収を行っています。ご協力のほどお願い致します。

また、夏以降の研修会につきましては、今年度までの会費納入が完了していなければ、会員外の料金の徴収、参加のお断りの可能性も生じますので、納入の程よろしくお願い致します。

口座番号: **銀行口座**

佐賀銀行 神崎支店
普通貯金 623-1283311
佐賀県作業療法士会
代表者 倉富 眞

郵便局振替

01880-9-40651
佐賀県作業療法士会
代表者 倉富 眞

F A X 送信状

送信先：医療福祉専門学校 緑生館 作業療法士 川辺千津子 行
F A X 番号：0942-84-0768

送信元：

佐賀県作業療法士会入会申込書

佐賀県作業療法士会に入会致します

平成 年 月 日 氏名

氏 名

性 別

生年月日

出身養成校

所属施設

施設住所 〒

分 野

協会番号

電話番号 / FAX 番号

県士会連絡用として利用可能なメールアドレス（無ければ無記入で結構です）

卒 業 年（西暦でお願いします）

年

* お手数ですが入会希望者が複数の場合、この用紙をコピーして送付頂きますようお願い致します。