

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。  
協会申込書のコピーを送信された先生も県士会用の用紙の再送付をお願いします。

（送付は FAX で構いません）

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 熊谷 隆史  
TEL 番号 0942-84-5100  
FAX 番号 0942-84-0768

#### <県士会費について>

県士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 10,000 円です。入会金は不要です。納入は、郵便局振替または、県学会開催時等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、各研修会につきましては、会費納入が完了していなければ、会員外での料金の徴収、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。

郵便局振替 01880-9-40651 佐賀県作業療法士会 代表者 倉富 真

## 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 熊谷 隆史 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

一般社団法人佐賀県作業療法士会に入会致します

(フリガナ)

平成 年 月 日 氏名 (男・女)

---

性 別 生年月日

出身養成校

所属施設

施設住所 〒

分 野

日本作業療法士協会番号 (入会手続きを必ずお済ませ下さい)

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)

免許取得年 (西暦でお願いします) 年