

他団体・SIG 認定新規申請願

平成 年 月 日

一般社団法人 高知県作業療法士会
会 長 白 木 幸 子 様

団 体 名 :

代 表 者 :

印

社団法人日本作業療法士協会生涯教育制度における基礎研修に該当する団体として承認をいただきたく、下記のとおり申請します。

団体名	
代表者（責任者）	氏名： 所属：
活動目的 および 主な内容	
会員数	別紙会員名簿の通り
活動計画	別紙計画予定表の通り
連絡先	氏名： 所属： 住所： TEL： FAX：

他団体・SIG 認定更新申請願

平成 年 月 日

一般社団法人 高知県作業療法士会
会長 白木幸子様

団体名：

代表者：

印

社団法人日本作業療法士協会生涯教育制度における基礎研修に該当する団体として、継続の承認をいただきたく、下記のとおり申請します。

団体名	
代表者（責任者）	氏名： 所属：
活動目的 および 主な内容	
会員数	別紙会員名簿の通り
活動状況	別紙活動報告書など添付資料の通り
連絡先	氏名： 所属： 住所： TEL： FAX：