

年 月 日

オンラインツール（Zoom 等）の利用に関する申請書

（一社）高知県作業療法士会 会長 殿

申請者	
会員番号	
ホスト	

以下のとおり、Zoom システムを利用したいので、お願いいたします。

サポート体制	<input type="checkbox"/> サポート希望 有（初回利用時の利用方法レクチャー等） <input type="checkbox"/> サポート希望 無
利用システム	Zoom
利用目的	<input type="checkbox"/> 会議 <input type="checkbox"/> 研修会 <input type="checkbox"/> 学会 <input type="checkbox"/> 交流 <input type="checkbox"/> その他（ ） (詳細)
利用日または 利用期間	年 月 日（ ）～ 年 月 日（ ）
利用時間	: ~ :
参加人数	
記録・保管	<input type="checkbox"/> 有 (理由) <input type="checkbox"/> 無
ホスト 接続元	名称 担当者・連絡先 メールアドレス
規程確認	<input type="checkbox"/> 申請者および参加者は、オンラインツール利用規程を遵守いたします。
備考欄	

※当てはまる口にチェックを入れてください。

以 上

2020.11.