

令和 6 年 8 月 7 日

施設長様

(公社)新潟県作業療法士会

会長 四方 秀人

(公印省略)

令和 6 年度(公社)新潟県作業療法士会
第 1 回 認知症研修会 への職員派遣についてのお願い

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は当県士会の活動に対して格別のご理解、ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、この度標記研修会を下記の要領で開催致しますので、ご案内申し上げます。

つきましては、貴施設の作業療法士 _____ 氏 の参加につきまして、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

1. 日時 令和 6 年 10 月 20 日(日) 10:00~15:30

2. 会場 晴陵リハビリテーション学院

3. 参加費 県士会員:1,000 円 非会員:10,000 円

ただし、以下に該当する方は研修会参加費が無料となります。

- ① 県士会入会年度が令和 4・5・6 年度の会員
- ② 令和 5 年休会、令和 6 年度自動復会した会員
- ③ 過去に県士会を退会、令和 6 年度に再入会した会員
- ④ 令和 6 年度に当会より委嘱状を発行されている会員

4. 問い合わせ先

南魚沼市民病院 作業療法士 片山絵美

TEL:0285-788-1222 FAX:025-788-1231

Email:ot.niigata.chiiki24@gmail.com

以上