

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 3 回スキルアップ研修会への職員派遣についてお願い

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 12 月 7 日(土) 9 : 00 ~ 12 : 30
2. 会 場 国立病院機構 西新潟中央病院
WEB 研修
(ハイブリッド研修)
3. 参加費 会員:1,000 円、非会員:10,000 円、他団体及び他県士会員:2,000 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 悠遊健康村病院 作業療法士 大竹憲
Email : niigata.skillup@gmail.com

以上