

令和 4 年 7 月 4 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)

第 2 回新潟県リハビリテーション専門職学術大会への
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 4 年 12 月 10 日 (土) ~ 11 日 (日)
2. 会 場 朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター
〒 : 950-0078 住所 : 新潟市中央区万代島 6-1
3. 参加費 県士会員 (3,000 円) 当日受付 (4,000 円)
非会員 (1 万円)
4. 問い合わせ 医療法人白日会 黒川病院 作業療法士 門脇 高
TEL : 0254-47-2422 FAX : 0254-47-3181
Email : kadowaki.chiiki@gmail.com

以上