

日付	年	月	日	記入
栃木県作業療法士会に <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入会する。</li> <li>2. 入会しない。</li> </ol> どちらか一方に○印をつけてください。				
ふりがな 氏名				
会員番号				
生年月日	年	月	日	性別 男・女
ふりがな 施設名				
施設住所	〒			
	TEL: ( )			
	FAX: ( )			
	E-mail:			
自宅住所	〒			
	TEL: ( )			
	FAX: ( )			
	E-mail:			

\*平成14年度より栃木県作業療法士会会費は¥5000となっております。