

# F A X 送信票

送信日：平成 年 月 日 ( )

**送信先：沖縄県作業療法士会 事務局 (FAX：098-988-3712)**

**件名：会員歴証明書 発行依頼・その他お問い合わせ**

## メッセージ

会員歴証明書 発送先

郵便番号 〒 -

住所

施設名

宛名



お気軽にお問い合わせ・ご相談ください

**発信者：所属先名** \_\_\_\_\_。

**会員番号：** \_\_\_\_\_

**氏名：** \_\_\_\_\_。

事務員	受付日	会員歴証明書発送日	コメント
記入欄	/ 印	/ 印	

