

九州医療ソーシャルワーカー協議会 中堅者研修 参加申込書

ふりがな			
参加者 氏名			
所属機関 (所属部署)		経験年数	年
所在地	〒		
電話番号	勤務先・個人	—	—
	携帯電話番号	—	—
FAX	勤務先・個人	—	—
E-MAILアドレス			

該当する欄に○をつけて(必要事項を記入して)ください。

1.参加日程

中堅者研修(11月24日)	参加・不参加
懇親会(11月24日)	参加・不参加

研修会・懇親会参加費 該当する欄に○をつけ、合計金額をお書きください。

研修会費	3,000円
懇親会費	4,000円
合計	円

※本研修に期待すること(ご自由に記載お願い致します)

申込締切 10月31日(火曜)