

## ～FSN合同研修会～ 参加申込書

申し込み日 月 日

フリガナ		いずれかに○	所属機関名	
申込代表者		福岡・佐賀・長崎	所属部署名	
申込者 ご連絡先 (回答書送付先)	住所	〒 ー ( 自宅・勤務先 )		
	TEL	ー	ー	( 自宅・勤務先 )
	FAX	ー	ー	( 自宅・勤務先 )
	E-mail			

NO	フリガナ 参加者氏名	経験年数 性別	県区分	参加希望に丸印をつけてください。		費用合計	領収書
				研修会	情報交換会		
				¥3,000 非会員は¥5,000 学生は¥1,000	¥5,000		
例	ナガザキ サタロウ 長崎 佐太郎	25 年 男・女	福岡・佐賀・長崎 上記以外	○	○	8,000円	必要・不要
1		年 男・女	福岡・佐賀・長崎 上記以外			円	必要・不要
2		年 男・女	福岡・佐賀・長崎 上記以外			円	必要・不要
3		年 男・女	福岡・佐賀・長崎 上記以外			円	必要・不要

※申し込み締切日／平成30年3月20日

申し込み先

FAX : 092-882-1605 (担当 : 早良病院 中川)

【お問い合わせ先】

◎福岡県医療ソーシャルワーカー協会  
早良病院 : MSW 中川 美幸  
092-881-0735

◎佐賀県医療ソーシャルワーカー協会  
佐賀リハビリテーション病院 : MSW 森田 博文  
0952-25-0231

◎長崎県医療ソーシャルワーカー協会  
西諫早病院 : SW 米倉 康佑  
0957-25-1150

- \* 上記申込書にご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。  
(鑑文は不要です)  
ご不明な点がございましたら、お気軽にお問い合わせ下さい。
- \* 福岡・佐賀・長崎県医療ソーシャルワーカー協会に所属している方が会員です。  
(\*九州協議会に所属している会員は、「会員」となります。)  
それ以外の方は非会員となりますので県区分の上記以外に○をしてください。
- \* 申し込み後に申込受付の用紙を送付します。  
送付先の記入をお忘れなくお願い致します。

備考欄 (ご不明な点があればご記入ください)
---------------------------