

FAX 0985-26-1533 (代表)

宮崎県医療ソーシャルワーカー協会

平成 30 年度 ソーシャルワーク・スキルアップ研修

参加申込書

所属機関名 _____

連絡先 TEL: _____

FAX: _____

氏名	会員種別	経験年数	備考
	会員（九州協議会含む） ・ 非会員	年 ヶ月	
	会員（九州協議会含む） ・ 非会員	年 ヶ月	
	会員（九州協議会含む） ・ 非会員	年 ヶ月	
	会員（九州協議会含む） ・ 非会員	年 ヶ月	

※宮崎県医療ソーシャルワーカー協会では、不測の事態に備え、研修当日に連絡が取れる連絡先を確認しております。同事業所より複数名参加される場合は、代表者のご連絡先をお知らせください。緊急時の連絡以外には使用いたしませんので、ご協力をお願いいたします。

緊急連絡先：TEL _____

氏名 _____

※車いすをご利用など、受講に配慮が必要な方は備考欄でお知らせください。

申込締切：2月27日（水）必着

お申込み・お問い合わせ先

〒880-0834 宮崎県宮崎市新別府町江口 950 番地 1

社会医療法人善仁会 宮崎善仁会病院 医療福祉サービスセンター（担当：遠藤）

TEL：0985-26-1672（直通） FAX：0985-26-1533（代表）

E-mail：r-endo@m-zenjin.or.jp