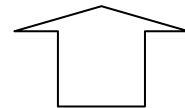


受講申込書



返信 FAX：江南厚生病院 患者相談支援センター 外山弘幸 宛

FAX番号：0587-51-3317

(電話番号 0587-51-3310)

日 時：平成 30 年 10 月 6 日(土) から全 8 日間

13:30 ～ 16:45 (13:00～受付開始)

申込み日：平成 年 月 日

|                 |                                                                                                         |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ            |                                                                                                         |
| 氏名              |                                                                                                         |
| 所属施設            |                                                                                                         |
| 施設分類            | 医療機関(総合・一般・回復期・療養・地域包括ケア・緩和ケア・診療所)・<br>医師会・老健施設・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・教育機関<br>・学生・その他( )                 |
| 施設住所            | 〒 —                                                                                                     |
| 施設 TEL          | — —                                                                                                     |
| 施設 FAX          | — —<br>※申込み受付後、上記 FAX へ 1 週間以内に受付票を返信致します。お手元<br>に届かない場合には上記担当者までご連絡下さい。また、当日は受付票を持<br>参の上、会場受付にご提示下さい。 |
| MSW 経験          | 年 ヶ月                                                                                                    |
| 所属<br>ブロック等     | 会員区別：( 正会員 ・ 準会員 ・ 賛助会員 ・ 入会手続き中 ・ 非会員 )<br>ブロック名：( ブロック) ※正会員のみ記入                                      |
| キャンセル待<br>ちについて | <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない                                            |
| その他             | ・ ご意見等ありましたらご記入下さい。<br>・ 懇親会については研修最終日に予定しています。詳細については後日ご連絡しま<br>す。<br>( )                              |

\* 申込みは、表紙なしでこの用紙のみ FAX をお願いします。

平成 30 年 9 月 29 日(土) 〆切