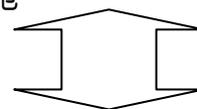
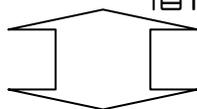


受講申込書兼受付票

偕行会リハビリテーション病院 MSW 澤田宛

FAX番号：0567-52-3885



テーマ：MSW の価値をふまえた退院支援

～困難事例を通して MSW の専門性を高めよう～

日時：平成 30 年 11 月 24 日（土）13:30～16:40（13:00～ 受付開始）

会場：ウインクあいち 1204 会議室

（名古屋市中村区名駅 4 丁目 4-38 / 電話 052-571-6131）

受講費：会員 3,000 円 非会員 4,000 円

申込み日：平成 30 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)・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 ・学生・その他（ ） |
| 施設住所 | 〒 - |
| 施設 TEL | - - |
| 施設 FAX | <u>※申込み受付後、上記 FAX へ受付票として返信致します。</u> <u>当日は、この受付票を持参の上、会場受付にご提示下さい。</u> |
| MSW 経験 | 現時点で 年 ヶ月 |
| 所属ブロック | 会員区別：(正会員・準会員・賛助会員・学生会員・入会手続き中・非会員) ブロック名：(ブロック→正会員のみ記入) |
| その他 | 日頃の疑問・きいてみたい内容・ご意見等どんな些細な事でも結構です。是非ご記入下さい。 |

*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 10 月 31 日(水) 〆切 (第一次)

| 受 付 票 | |
|---------------|------------------|
| 上記の内容で受付しました。 | 受付日 年 月 日 受付者 |

【注意事項】

■グループワークの調整等のため、万一、出席できなくなった場合は、できるだけ早めに、必ず下記まで欠席の連絡を入れて下さい。

<連絡先>

前日迄の場合は、偕行会リハビリテーション病院 医療相談課 澤田（さわだ）TEL0567-52-3883
（当日の場合は、偕行会リハビリテーション病院 澤田携帯 090-5638-4863）