



受講申込書



FAX番号：0566-75-2523 安城更生病院 医療福祉相談室（前田）宛

- 日時：① 2019年 6月15日（土）13:30～16:30
 ② 2019年 7月 6日（土）13:30～16:30
 ③ 2019年 9月 7日（土）13:30～16:30
 ④ 2019年10月26日（土）13:30～16:30

※いずれも13:00～受付開始 すべての日程に参加できる方を優先します

◎申込み日：2019年 月 日

会員ID				
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 その他()			
施設住所	〒 -			
施設TEL	- -			
施設FAX	- - ※ 申込み受付後、1週間程度で上記FAXへ「受付票」を返信致します。 当日は、「受付票」を持参の上、会場受付にご提示下さい。			
Email	@ ※事前課題の書式をメールで送付します			
ソーシャルワーカー 経験年数	現時点で 年 ヶ月			
所属	会員区別：(正会員・準会員・賛助会員・入会手続き中) 非会員			
現時点で 参加可能な 日程に○を つけてくだ さい	6/15	7/6	9/7	10/26

<申込み受付期間>

2019年5月10日（金）～ 定員に達し次第締め切ります

*申込みは、表紙なしでこの用紙のみ FAX をお願いします。