社会医療法人　松平病院（医療福祉相談室）　**ＦＡＸ　０１７８－２５－７８７３**

**ＦＡＸ参加申込用紙　（締切　令和元年11月1日（金）　17：00　まで）**

＊必要事項を記入の上、メールでの申し込みも受け付けます。

**　sodan02@matsudaira-hospital.or.jp**

令和元年11月9日（土）に行われる青森県精神保健福祉士協会研修会について

次のとおり申し込み致します。

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者氏名（ふりがな） |  |
| 所　属 |  |
| 所属先住所 |  |
| 連絡先  TELもしくはメールアドレス |  |
| その他 | グループの班分けの参考として伺います  1．PSWとしての経験年数（　　年）／PSW以外の経験年数（　　年） |
| 参加区分 | □青森県精神保健福祉士協会会員  　□日本精神保健福祉士協会会員  　□非会員 |
| E:\Users\mirai\Desktop\精神保健福祉士協会\160489m.jpg皆さんの抱えている課題等ございましたら簡単でいいのでご記入いただけたら助かります。  ご協力宜しくお願い致します。 | |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【事務局記入欄】

|  |
| --- |
| 受付確認　　　　　年　　　月　　　日　　　担当： |
| 参加費 |