０１７８－２５－７８７３　社会医療法人松平病院　医療福祉相談室　宛　　　事務局記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | No. |

研修会参加申込用紙（FAX用紙）

宛先

　事務局　社会医療法人松平病院　医療福祉相談室（担当：田中）

研修会名　**平成２７年度青森県精神保健福祉士協会研修会**

太枠内にご記入の上、ご返送ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 |
| 氏　　名 |  | S・H　　　　/　　　　/　　　年齢（　　） |
| 所　　属 |  |
| 勤務先住所（〒　　　-　　　　） |
| 電　　話 |  | FAX |  |
| メールアドレス |  |
| 懇親会 | 参加・不参加 |
| 昼食（弁当）500円（税込） | 希望する・希望しない |
| **精神保健福祉士の方、精神保健福祉分野業務にお勤めの方にお尋ねします。** |
| PSW経験年数 | 年　　　　ヵ月 | 精神保健福祉士資　格 | あり　・　なし |
| 県協会会員区分 | 会員・非会員 |

以下事務局記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受　付 | 平成28 年　　　月　　　日（　　）　　受付者： |
| 参加費 | 　　　円　　　　　　　　　弁当代　あり・なし |
| 備　考 |  |