



**FAX : 024-926-1061**

針生ヶ丘病院 松本マチ子 宛

平成 29 年度福島県精神保健福祉士会 会員研修会 出欠連絡票

所属機関名: \_\_\_\_\_

氏 名: \_\_\_\_\_

経験年数 : \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

- 参加の日程:  宿泊(全日程参加、懇親会、シングルルーム) 16,100 円
- 宿泊(全日程参加、懇親会、ツインルーム) 14,500 円
- 日帰り 2 日間参加(一日目昼食付) 5,300 円
- 日帰り 2 日間参加(一日目昼食付・懇親会参加) 9,300 円
- 日帰り 1 日目のみ参加(昼食付) 3,700 円

参加費: \_\_\_\_\_

※ 本出欠連絡票は、ご希望の内容の口々にチェックをし、**平成 29 年 9 月 15 日(金)までに FAX で送信して**下さい。メール([fukushi@k-washinkai.or.jp](mailto:fukushi@k-washinkai.or.jp))またはお電話(024-926-1061)でも受け付けております。

※ 参加費を 9 月 20 日までにお振り込み下さい。

[振込先] 福島銀行 郡山営業部

店番 220 口座番号 1458733 事務局 阿部和紀

[問い合わせ] 福島県精神保健福祉士会研修担当

針生ヶ丘病院 松本マチ子 TEL・FAX: 024-926-1061