

FAX 0246-29-4031 (表紙不要)

新田目病院 地域連携・医療福祉相談室 水野 行

平成30年3月22日(木)開催

福島県精神保健福祉士会いわき方部 研修会 参加申込書

所属機関名:

参加者名 * 会員種別の欄はいずれかに○をつけて下さい。

	氏名	会員種別
①		会員 ・ 非会員
②		会員 ・ 非会員
③		会員 ・ 非会員
④		会員 ・ 非会員
⑤		会員 ・ 非会員
⑥		会員 ・ 非会員
⑦		会員 ・ 非会員

備考欄 * 参加に関する連絡事項などあれば、下記にお書き下さい。

※切 平成30年3月17日(土)

* メールでの申込の場合は、この用紙に記載してある必要事項を入力の上、下記へ送信下さい。

aratame-sakura@cpost.plala.or.jp (タイトルは「親睦会申込の件」でお願いします)