

医療・介護等従事者のための地域における 包括的相談援助を学ぶ研修会 参加申込書

必要事項をご記入のうえ、各回、前月末日までにFAXまたはメールにてお送りください

申込日：2018年 月 日

定員になり次第、締め切らせていただきます

ふりがな 氏名				性別	男・女
連絡先 勤務先 または 自宅 ※いずれかに○	住所(〒 -) ※連絡先が勤務先の場合は、事業所名等明記してください				
	事業所名				
	業種		部署		
	電話		携帯(PHS)		
	E-mail				
参加日	受講予定日にチェックを入れてください				
	<input type="checkbox"/>	第1回	8/18 (土)	申込〳〵切日：7/31	
	<input type="checkbox"/>	第2回	10/21 (土)	申込〳〵切日：9/30	
	<input type="checkbox"/>	第3回	12/15 (土)	申込〳〵切日：11/30	
	<input type="checkbox"/>	第4回	2/16 (土)	②2019年 申込〳〵切日：1/31	

ご記入いただいた個人情報は、本研修会に関する連絡のみの使用とし、それ以外の目的では使用いたしません。

主催

神戸市中央区港島中町 4-7-2 神戸女子大学ホートアライントキャンパス
神戸女子大学健康福祉学部社会福祉学科 TEL：078-303-4841

FAX 番号 078-303-4844