

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、2日前までに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	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				
勤務先 または 自宅 ※いずれかに○	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 checked="" type="checkbox"/> 第1回 8/18 (土) 申込〳〵切日：7/31 <input checked="" 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：12/13 <input type="checkbox"/> 第4回 2/23 (土) ㊟2019年 申込〳〵切日：2/21				

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 神戸女子大学ポートアイランドキャンパス  
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