

FAX:092-662-3303

日本医療ソーシャルワーク学会 研修担当宛

平成30年度

日本医療ソーシャルワーク学会
臨床ソーシャルワーク技能研修 in 福岡
「課題中心モデルから学ぶMSWのための面接技術(仮)」
太枠内にご記入のうえ、FAXにて本状をこのままご送信ください。

*どの地区の方でも参加可能です

*申込締切:平成31年2月15日必着

申込日: 年 月 日

ふりなが	
ご氏名	
ご連絡先	〒
いずれかに☑ください	ご住所
<input type="checkbox"/> ご所属	所属名:
<input type="checkbox"/> ご自宅	TEL
	FAX
会員種別	<input type="checkbox"/> 日本医療ソーシャルワーク学会員 <input type="checkbox"/> 九州各県医療ソーシャルワーカー協会員 () <input type="checkbox"/> 〃 非会員 <input type="checkbox"/> 学生 参加費 会員28,000円 非会員38,000円
経験年数	<input type="checkbox"/> 3年未満 <input type="checkbox"/> 5年未満 <input type="checkbox"/> 5年以上
いずれかに☑ください	MSW (経験年数) <input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上 <input type="checkbox"/> 15年以上
<input type="checkbox"/> MSW現任者	他の職種の方 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> PSW <input type="checkbox"/> 教員
<input type="checkbox"/> 現任者以外	<input type="checkbox"/> その他: 経験年数:
事前質問	

※お問い合わせにつきましてはできるだけFAXでのお問い合わせにご協力くださるようお願いいたします。

※受講決定のご連絡はいたしません。定員を超えた場合など、お断りする場合のみご連絡します。

お問い合わせ先 日本医療ソーシャルワーク学会 研修担当 藤 洋介

mail:fuji-1117@kashii-rh.net FAX:092-662-3303 TEL:092-662-3200

*振込先

郵便振込口座番号:01760-2-140617 加入者名:日本医療ソーシャルワーク学会

通信欄に「技能研修」とご記入下さい

