

FAX:092-882-1605
早良病院 医療社会福祉部宛

平成29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II 申込書**

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29年7月8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 所属名: TEL FAX
会員種別	<input type="checkbox"/> 日本医療ソーシャルワーク学会 会員 4回コース 参加費 28,000円
	<input type="checkbox"/> 〃 非会員 4回コース 参加費 38,000円
MSW経験年数 いずれかに☑ください	現任者 (経験年数) <input type="checkbox"/> 3年未満 <input type="checkbox"/> 5年未満 <input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 15年未満 <input type="checkbox"/> 15年以上
<input type="checkbox"/> MSW現任者	<input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー
<input type="checkbox"/> 現任者以外	<input type="checkbox"/> その他: 経験年数:
備考	

※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 早良病院 医療相談室・地域連携室 担当:中川

FAX:092(882)1605

***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「課題中心アプローチ」とご記入下さい