

# 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  
九州・沖縄地区研修会 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8月20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 会員 参加費 2,000円	
	<input type="checkbox"/> 〃 非会員 参加費 3,000円	<input type="checkbox"/> 学生 参加費 1,000円
MSW経験年数	現任者 (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		<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	未経験者	<input type="checkbox"/> PSW <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー
<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「8月 地区研修」とご記入下さい