

**FAX:092-882-1605**  
**早良病院 医療社会福祉部あて**

**平成30年度**

**日本医療ソーシャルワーク学会 九州地区研修会(in福岡) 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

\* 申込み締切 平成30年5月9日必着

申込日: 年 月 日

ふりがな		
ご氏名		
ご連絡先 いずれかに☑ください  <input type="checkbox"/> ご所属  <input type="checkbox"/> ご自宅	所属: 〒 ご住所:  (ご所属に☑の方はその機関名)  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 参加費 1,000円 <hr/> <input type="checkbox"/> 〃 非会員   <input type="checkbox"/> 学生 参加費 2,000円   参加費 500円	
MSW経験年数 いずれかに☑ください <input type="checkbox"/> MSW現任者  <input type="checkbox"/> 現任者以外	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 <hr/> 未経験者 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> その他:	
備考	※申込にあたり、お尋ねになりたいこと、講師へのご質問など ありましたらご記入ください	

※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「九州地区研修会」とご記入下さい