

**FAX:0829-30-6475**

**NPO日本医療ソーシャルワーク研究会 事務所宛**

**平成30年度**

**日本医療ソーシャルワーク学会  
中国地区研修会 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30年5月11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  <input type="checkbox"/> ご所属  <input type="checkbox"/> ご自宅	〒 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員 NPO日本医療ソーシャルワーク研究会員 広島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 3,000円                      参加費 500円
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	MSW (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  <input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上 <input type="checkbox"/> 15年以上 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"/> 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    NPO日本医療ソーシャルワーク研究会 村上須賀子  
mail: msw.murakami@knh.biglobe.ne.jp  
FAX:0829-30-6475