

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
関東地区研修会 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10月13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 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3,000円 非会員4,000円 学生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 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「記録研修」とご記入下さい