

FAX:092-882-1605 早良病院 医療社会福祉部宛

平成30年度

日本医療ソーシャルワーク学会
「データ活用を考える」in仙台 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11月22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 会員 無料 (<input type="checkbox"/> 〃 非会員 3,000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	<table border="1"><tr><td>現任者 (経験年数)</td><td><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</td></tr><tr><td>未経験者</td><td><input type="checkbox"/>教員 <input type="checkbox"/>ケアマネージャー <input type="checkbox"/>その他: 経験年数:</td></tr></table>	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 <input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上 <input type="checkbox"/> 15年以上	未経験者	<input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他: 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 <input type="checkbox"/> 10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上 <input type="checkbox"/> 15年以上				
未経験者	<input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他: 経験年数:				
所属金の種別 *グループわけに使います	(急性期・回復期・慢性期(老健・療養)・その他 _____				

※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