

第51回九州医療ソーシャルワーカー研修会 おおいた大会 参加申込書

県名		所属機関名		所属部署名		フリガナ											
						申込代表者名											
申込者 ご連絡先 (回答書送付先)		住所	(自宅・勤務先)			携帯電話											
		TEL	(自宅・勤務先)			E-mail											
				FAX	(自宅・勤務先)												
No.	フリガナ	年齢	参加区分	ワークショップ・中堅者研修					宿泊		懇親会	弁当	11/3(月)観光	合計	領収書 ※3		
	参加者氏名	性別	登録料 ※1	希望	A	B	C	D	中	11/1(土)	11/2(日)	11/1(土) 5,500円	11/2(日) 1,000円			Aコース8,000円 Bコース7,500円	
例	オオイト タロウ 大分 太郎	25歳	会・非・学 6000円	第1～3希望の数字を記入して下さい						①	①	○	○	Aコース	40,500円	参・懇・弁	
1		歳	会・非・学 円														参・懇・弁
2		歳	会・非・学 円														参・懇・弁
3		歳	会・非・学 円														参・懇・弁

※1 会員(6,000円) 非会員(7,000円) 学生(3,000円)をご記入下さい。当日お申込は1,000円プラスです。

※2 中堅者研修へ参加ご希望の方は、所属機関、職種、経験年数を下記(◎)にご記入下さい。

※3 参加費、懇親会費、お弁当について領収証をご希望の方は、該当する項目について○で囲んで下さい。

◎中堅者研修に参加ご希望の方はご記入下さい。

氏名		所属機関		職種		経験年数	年 月	氏名		所属機関		職種		経験年数	年 月
----	--	------	--	----	--	------	-----	----	--	------	--	----	--	------	-----

備考：別紙「宿泊施設一覧」以外のホテル、およびツイン・トリプルをご希望の方は、別途ご相談下さい。その他ご相談がございましたら、下記：生野までお問い合わせ下さい。

【参加申込書送付先】 ※お申込締切日／10月15日(水)

OC 株式会社オーシートラベル 「第51回九州医療ソーシャルワーカー研修会 おおいた大会」 受付担当(生野/090-8227-1655)
 住所：〒870-0027 大分県大分市末広町2丁目3番28号 TEL:097-534-0123
 E-mail : octravel-shono@occard.jp

FAX : 097-534-4457