

(送付票不要)

早良病院 地域連携室 MSW 中川美幸 宛

FAX (直通) 092-882-1605

一般社団法人 福岡県医療ソーシャルワーカー協会
Web研修参加申込書

ふりがな		
氏名		
所属機関名		
所属機関住所		
電話番号・FAX番号	電話:	FAX:
所属機関の種別	一般・回復期・療養・精神・その他()	
相談業務従事年数	(2020年7月31日現在) 年 月	
会員種別	福岡県医療ソーシャルワーカー協会会員・()県医療ソーシャルワーカー協会会員	
メールアドレス	※Web研修(Zoom)への招待メールをお送りしますので、必ずご記入ください。	
緊急連絡先	※通信トラブル等発生時にご連絡する場合があります。 研修会当日に連絡がつく電話番号をご記入ください。なお、緊急連絡以外には使用いたしません。	
講師への質問、研修会に期待すること、受講動機などがありましたらご記入ください。		

