

メールアドレス: soumu@msw-fukuoka.jp  
福岡県医療ソーシャルワーカー協会 事務局宛て

## 記録の研修会参加申込書

太枠内をご記入のうえ、メールにて本状をこのままご送信ください。 ※申込締切:2020年12月15日(火)必着

申込日: 年 月 日

ふりがな	
氏名	
所属名	
連絡先	いずれかに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 所属先 <input type="checkbox"/> 自宅 住所: TEL: FAX: * 災害時や通信障害等の場合の緊急連絡先(携帯電話)をお知らせください。 緊急時の連絡先:
メールアドレス	ZOOMの招待メールをお送りするメールアドレスをお知らせください。
会員種別	該当する種別に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 福岡県医療ソーシャルワーカー協会会員 <input type="checkbox"/> 非会員 <input type="checkbox"/> 日本医療ソーシャルワーク学会会員 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 九州協議会 ( ) ←九州協議会の方は県名を入力してください
経験年数	いずれかに☑をしてください。 <input type="checkbox"/> MSW現任者 <input type="checkbox"/> PSW現任者 ↓ <input type="checkbox"/> 3年未満 <input type="checkbox"/> 3~5年 <input type="checkbox"/> 5~10年 <input type="checkbox"/> 10~15年 <input type="checkbox"/> 15年以上 ----- <input type="checkbox"/> 現任者以外 ↓ <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※経験年数:
事前質問	

※お問い合わせはメールにてお願いします。

※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。

※受講者の方へは開催2日前までに研修への招待メールをお送りします。もし、招待メールが届かない場合はお手数ですが下記へご連絡下さい。

※非会員の方は、申し込み確認後、参加費の振込先をお知らせします。

【お問い合わせ先】 福岡県医療ソーシャルワーカー協会 事務局 E-mail: soumu@msw-fukuoka.jp