メールアドレス: msw0913.workshop@gmail.com
福岡県医療ソーシャルワーカー協会　教育研修部宛

管　理　者　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:2021年1月31日(日)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。　☐ 所属先　　☐ 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。 ☐ 福岡医療ソーシャルワーカー協会会員　　☐ 非会員 ☐ 九州協議会　会員　（　　医療ソーシャルワーカー協会会員 ）
経験年数	いずれかに☑をしてください。 ☐ MSW現任者　　☐ PSW現任者 ☐ 3年未満　☐ 3～5年　☐ 5～10年 ☐ 10～15年　☐ 15年以上 ☐ 現任者以外 ☐ ケアマネジャー　☐ 教員 ☐ 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。 E-mail:msw0913.workshop@gmail.com

※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。