

FAX 098-935-2272 (北中城若松病院 香村宛) ※添書不要です

九州医療ソーシャルワーカー協議会 中堅者研修 参加申込書

ふりがな			
参加者 氏名			
所属機関 (所属部署)		経験年数	年
所在地	〒		
電話番号	勤務先・個人	—	—
	携帯電話番号	—	—
FAX	勤務先・個人	—	—
E-MAILアドレス			

研修会参加費

研修会費	3,000円
------	--------

※当日、会場にてお支払いください。

※本研修に期待すること(ご自由に記載お願い致します)

申込締切 11月2日(金曜)