

直通FAX 099-251-6116 ※添書不要です。

(公財)慈愛会今村総合病院 総合相談支援センター 浜辺宛て

第9回日本医療ソーシャルワーク学会鹿児島大会 参加申込書

ふりがな			
参加者 氏名			
経験年数	年 ※ワークショップのグループ分けで参考にさせていただきます		
所属機関 (所属部署)			
所在地	〒	都道府県名:	
電話番号	勤務先・個人	—	—
	携帯電話番号	—	—
	※エクスカージョン参加者は携帯電話番号もお書きください。		
FAX	勤務先・個人	—	—
E-MAILアドレス			

該当する欄に○をつけて(必要事項を記入して)ください。

1.参加日程

1日目(9月15日)	参加・不参加
2日目(9月16日)	参加・不参加
懇親会(9月15日)	参加・不参加
エクスカージョン (9月14日)	参加・不参加

2.学会参加種別

正会員・準会員	
鹿児島県協会会員	
九州MSW協議会会員	
非会員	
学生	

3.ワークショップ(2日目)の希望

第1希望	
第2希望	
第3希望	

開催のご案内をご覧の上、ワークショップの番号を記入してください

必ず第3希望までお書きください

大会参加費 該当する欄に○をつけ、合計金額をお書きください。

参加者種別	正会員・準会員	鹿児島県協会会員	非会員	学生
	5,000円	5,000円	7,000円	1,000円
懇親会	4,000円			
エクスカージョン	4,500円			
合計	円			

事前申込・参加費振込締切 8月31日(金)