

送付先：神戸女子大学健康福祉学部社会福祉学科実習指導室 宛

医療・介護等従事者のための地域における包括的相談援助を学ぶ研修会 参加申込書

必要事項をご記入のうえ、**12/2 (月) まで**にFAXまたはメールにてお送りください

申込日：2019年 月 日

定員（80名）になり次第、締め切らせていただきます

ふりがな 氏名				性別	男・女
連絡先 <input type="checkbox"/> 勤務先 または <input type="checkbox"/> 自宅 ※いずれかに☑	住所（〒 - ）※連絡先が勤務先の場合は、事業所名等明記してください				
	事業所名				
	業種		部署		
	電話		携帯(PHS)		
	E-mail				
参加日	受講予定日にチェックを入れてください <input type="checkbox"/> 12/8 (日) ㊟2019年 申込〆切日：12/2 (月)				

ご記入いただいた個人情報は、本研修会に関する連絡のみの使用とし、それ以外の目的では使用いたしません。

【注意事項】

参加についての確定通知は発行いたしませんのでご了承ください。なお、申込み多数の場合は先着順となり、参加受付ができない場合は、ご連絡いたします。メールでお申し込みされる場合は、e-sakabe@yg.kobe-wu.ac.jp宛てに、件名を「医療・介護等従事者のための研修会1（12月8日）」とし、メール本文に上記必要事項を入力してください。

主 催

神戸市中央区港島中町 4-7-2 神戸女子大学ホートライントキャンパス
神戸女子大学健康福祉学部社会福祉学科 TEL：078-303-4841

FAX 番号 078-303-4844