

東京精神保健福祉士協会・東精協 PSW 部門研修会

夏季合同研修会 申込み用紙

〆切：6月29日（金）

FAX：0426-91-1717

高月病院医療企画室 気付「夏季合同 研修会」運営委員宛

ご所属：_____

ご連絡先：(部署)_____

(参加される方は、次を記入して下さい)

参加希望に ○をつける	参加者氏名	部署	経験年数
1			
2			
3			年目
1			
2			
3			年目
1			
2			
3			年目
1			
2			
3			年目

用紙が不足する場合には、恐れ入りますがこの用紙をコピーして使用してください。

- ※ 本合同研修の参加対象は、東京精神保健福祉士協会会員（入会申し込みと同時に研修申し込み可）又は東精協会員病院所属の PSW です。
- ※ 企画に見合った会場・定員を用意いたしましたが、参加希望者多数の場合、ご参加戴けない場合があります、その際にはご連絡致します。原則的に申し込み先着順ですが、場合によっては参加者調整することがあります。予めご了承ください。
- ※ 申し込み後の参加変更は、必ずご連絡ください。申し込み本人以外の代理参加はできません。