

障害年金研修 申込みシート

(共催：東京精神科病院協会 PSW 部門)

FAX送信先：042-461-0626

医療法人社団薫風会山田病院 医療相談室 気付

「東精協 PSW 部門研修会」運営委員会担当 山口宛 (1月31日(火)〆切)

2月4日(土) 14:00～ の障害年金研修に申し込みます。

ご所属	お名前	該当するところに☑をつけてください。※1
		<input type="checkbox"/> 東京 PSW 協会会員 <input type="checkbox"/> 日本 PSW 協会東京都支部構成員
		<input type="checkbox"/> 東京 PSW 協会会員 <input type="checkbox"/> 日本 PSW 協会東京都支部構成員
		<input type="checkbox"/> 東京 PSW 協会会員 <input type="checkbox"/> 日本 PSW 協会東京都支部構成員
		<input type="checkbox"/> 東京 PSW 協会会員 <input type="checkbox"/> 日本 PSW 協会東京都支部構成員
		<input type="checkbox"/> 東京 PSW 協会会員 <input type="checkbox"/> 日本 PSW 協会東京都支部構成員

※1 東京 PSW 協会と日本 PSW 協会両方に入会している方は両方に☑をつけて下さい。

東京 PSW 協会のみ入会している方は上段を、日本 PSW 協会のみ入会している方は下段を☑して下さい。

どちらにも入会していない方は無記入で結構です。