平成 25 年度宿泊研修
PSW 実践報告会　演題申込用紙

FAX 送信先　：　０５２－７９５－１２５２
守山荘病院　精神保健福祉課内　愛知県精神保健福祉士協会事務局　行
（この用紙のみ送信してください。表紙は不要です。）

所定の内容を記入の上、ＦＡＸにて送信してください。
なお、この用紙は愛知県精神保健福祉士協会ホームページでダウンロードできます。

ふりがな 申込者氏名（発表者）		経験年数 年
所属機関 ※変更があった場合は事務局まで必ずご連絡ください	【名　称】 【種　別】該当区分に☑を付け、詳細をお書き入れください □医療機関（単科・総合・クリニック）　□生活支援施設（　　） □行政機関（　　）　□教育研究機関（　　） □その他（　　）　□所属機関なし 【所在地】　〒 TEL：　　FAX： 【日中連絡が取れる電話番号】※必ずご記入ください（上記と同じ場合は記入不要） TEL：	
書類郵送先	〒 （上記と同じ場合は記入不要）	
演題名	＊例）当事者・家族・地域を結びつけた支援	
サブテーマ内容 200 字程度に要約してください	＊例）～精神障害者が地域で暮らし続けるための支援をめざして～	

［演題申込締切日］2013 年 11 月 30 日（土）