

平成 26 年度宿泊研修 実践報告会 演題申込用紙

FAX 送信先 : 0 5 2 - 7 9 5 - 1 2 5 2

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 :
	【目次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 : E-mail アドレス	
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	*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～	
200 字程度に要約 してください		

〔演題申込締切日〕 2014 年 10 月 31 日（金）