

送信先窓口
誤りがないか、
ご注意ください！

一般社団法人 愛知県医療ソーシャルワーカー協会
研修会『診療報酬改定について学ぶ』

送信先窓口
誤りがないか、
ご注意ください！

参加申込み書

- ◎返信先 FAX ①所属ブロック【尾張東部、尾張西部海部、尾張北部第一、尾張北部第二】
⇒浅野正友輝 宛（藤田保健衛生大学病院 FAX:0562-93-2927）
②所属ブロック【名古屋南、名古屋東、名古屋西、名古屋北】
⇒石川輝知 宛（第一なるみ病院 FAX:052-878-6531）
③所属ブロック【西三河北部、知多、西三河南部第一、西三河南部第二、東三河】
⇒石塚・高橋 宛（三九朗病院 FAX:0565-32-7320）
④賛助会員、非会員⇒伊藤隆英 宛（尽誠苑 FAX:0532-65-2734）

・日 時：平成 28 年 3 月 26 日(土) 14:30～16:30 頃（13:45～受付開始）

・会 場：名古屋国際会議場 234 会議室

◎申込み日：H 年 月 日

フリガナ	
氏 名	
経験年数	年 月
会員区別	<input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> 賛助会員 <input type="checkbox"/> 入会手続き中 <input type="checkbox"/> 非会員 ※所属ブロック：_____ブロック（会員のみ） ※所属団体名：_____（非会員のみ） ※FAX の送信先：_____番（上記①②③④の中から該当選択）
所属施設名	
施設分類	医療機関（総合・一般・回復期・療養型・診療所）・老健施設・ 地域包括支援センター・居宅支援事業所・教育機関・学生・その他（ ）
施設住所	〒 _____
施設 TEL	_____
施設 FAX	_____
	※FAX 番号は、正確にご記入下さい。 ※申込み書の受信処理後、上記 FAX 宛に『受付結果票』を返信し、1 週間以内に申込み結果を通知致します。
キャンセル待ちについて	申込み時に定員オーバーとなった場合のキャンセル待ちを希望しますか。 <input type="checkbox"/> 希望する。 <input type="checkbox"/> 希望しない。
その他	ご意見、連絡事項等ございましたら、ご記入下さい。

*お申込みは、表紙なしでこの用紙のみ FAX をお願いします。

平成 28 年 2 月 29 日(月) 〆切