



参加申込み書



FAX番号：0566-75-2523 安城更生病院 医療福祉相談室（前田）宛

日時：Ⅰ 平成29年7月2日(日)9:30~16:30 9:10~受付開始
 テーマ：意思決定支援と意向の明確化
 Ⅱ 平成29年8月6日(日)9:30~16:30 9:10~受付開始
 テーマ：臨床倫理的視点と合意形成
 会場：日本福祉大学 名古屋キャンパス北館7B階

◎申込み日：平成 年 月 日

フリガナ	
氏名	
所属施設	
施設分類	医療機関（総合・一般・リハビリ・療養病棟・診療所）・老健施設 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・教育機関 その他（ ）
施設住所	〒 — —
施設TEL	— —
施設FAX	— — ※ 申込み受付後、1週間程度で上記FAXへ「受付票」を返信致します。 当日は、「受付票」を持参の上、会場受付にご提示下さい。
ソーシャルワーカー 経験年数	現時点で 年 ヶ月
所属	会員区別：（正会員・準会員・賛助会員・入会手続き中） 非会員区別：（愛知県PSW協会・岐阜県SW協会・三重県MSW協会）
お問い合わせ 事項 あればご記 入ください	

<申込み受付期間>

会員：平成29年5月25日（木）～平成29年6月23日（金）
 非会員：平成29年6月5日（月）～平成29年6月23日（金）

*申込みは、表紙なしでこの用紙のみ FAX をお願いします。