

y\_sunada\_1028@yahoo.co.jp 砂田 宛

(または Fax : 052-912-2262 北メンタル・クリニック)

愛知県精神保健福祉士協会 北②ブロック 平成 29 年 1 月例会

## 参加申込票

氏名		連絡先	☎
勤務先	名称	事業種別または部署	
食事会	<input type="checkbox"/> 参加します <input type="checkbox"/> 参加しません    ※金額は実費		
通信欄	～講師への質問や事務局への要望などがあれば記入してください～		

※ご記入いただいた個人情報は、今回の研修以外の目的で使用することはありません

※事前申込をされていない方もご参加いただけますが、資料等の準備もございますので、なるべく事前にお申込み願います (1月7日頃に一次集約を行う予定です)