

平成27年度 ソーシャルワーク研修会Ⅲ（講演会）参加申込書

FAX 029-824-6657

総合病院土浦協同病院 ソーシャルワーカー 阿部 翔太郎 宛

* 表紙をつけずにそのまま FAX してください

氏名	所属機関名	連絡先	緊急連絡先	茨城県 ソーシャル ワーカー協会 会員資格
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無
				有・無

※ 緊急連絡先の記載は任意です。本研修が中止・延期になった場合や緊急時に使用します。

記載のない場合は緊急時の連絡が遅れる場合がありますのでご了承ください。

※ 研修内容の記録のため講義風景の写真撮影をします。また、写真は茨城県ソーシャルワーカー協会広報に掲載しますのでご了承ください。なお、撮影をご希望されない方は当日受付にてお申し出ください。

※ お申し込みされた方は皆様参加可能となりますので、お返事は省かせていただきます。

なお、何らかの事情で参加いただけなくなった方は担当者までご連絡ください。

一般社団法人 茨城県ソーシャルワーカー協会