

FAX 送信するとき、送信面が裏表逆ではないかご確認ください

※再送の場合は、変更点を明記のうえ、いずれかに○をつけて送信してください（追加・変更・取消）

参加申込書 <申込締切：2017年9月20日（水）>
鳥取・島根合同研修会「秋の大山 自然の中で元気になろう！」 （鳥取県会員）養和病院 医療相談室 FAX：0859-29-7179 （島根県会員）ピ・フレンジング FAX：0852-23-4112

2017年 月 日 発信

氏名		性別	男・女	年齢	歳
勤務先機関名					
勤務先所在地（〒 — ） 都道 府県					
TEL		FAX			
e-mail ※詳細を案内しますので必ずご記入をお願いします					
<input type="checkbox"/> 鳥取県精神保健福祉士会会員 <input type="checkbox"/> 島根県精神保健福祉士会会員					
参加日 <input type="checkbox"/> 2日間参加（下記もいずれか選択してください） <input type="checkbox"/> 宿泊あり（1泊2食付）・懇親会あり（参加費5000円） <input type="checkbox"/> 宿泊なし夕食・懇親会あり（参加費4000円） <input type="checkbox"/> 宿泊なし夕食のみ（参加費3000円） <input type="checkbox"/> 宿泊なし食事・懇親会なし（参加費2000円） <input type="checkbox"/> 1日のみ参加（下記もいずれか選択してください） <input type="checkbox"/> 28日夕食なし（参加費1500円 ※施設使用料、資料・茶菓子代含む） <input type="checkbox"/> 28日夕食あり懇親会なし（参加費2000円） <input type="checkbox"/> 28日夕食・懇親会あり（参加費3000円） <input type="checkbox"/> 29日のみ（参加費500円 ※大山寺座禅料）					
事務局への連絡事項		送迎の相談、食物アレルギーの有無、その他希望事項がございましたらご記入ください。			
ご記入にもれがないか確認のうえ、FAXしてください					

<個人情報の取り扱い> 本研修申し込みにおいて得た個人情報は、本研修実施に伴う書類発送、研修の運営、研修評価に伴う調査の確認に用い、この利用目的の範囲を超えて取り扱うことはありません。この範囲を超えて利用する場合は、本人の同意を得た上で行います。