

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：令和2年 1月17日（金）>	
鳥取県・島根県精神保健福祉士会 合同宿泊研修会	
（鳥取県会員）養和病院シルバーデイケア	FAX：0859-29-7179
（島根県会員）島根県立こころの医療センター	FAX：0853-30-2000

		性 別	男・女	年 齢	日 発 信
氏名					歳
勤務先機関名					
勤務先所在地（〒 — ）					
	都道				
	府県				
TEL		FAX			
e-mail					
	<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				
参加について	参加日	<input type="checkbox"/> 2日間参加	<input type="checkbox"/> 1日目のみ参加	<input type="checkbox"/> 2日目のみ参加	
	宿泊	<input type="checkbox"/> 申し込みします	<input type="checkbox"/> 申し込みしません		
	送迎	<input type="checkbox"/> 希望します	<input type="checkbox"/> 希望しません		
	懇親会	<input type="checkbox"/> 申し込みします	<input type="checkbox"/> 申し込みしません		
	インシデントプロセス法による事例検討の参加経験	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし		
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ご確認のうえ、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。