

FAX 送信票

表書きは不要ですので本票をそのまま送信して下さい。

送信先： 鳥取県精神保健福祉士会・日本精神保健福祉士協会鳥取県支部事務局
渡辺病院 医療相談室 担当：山口麻意・松村 行

FAX : 0857-24-1024 または、

メール : tottoripswjimukyoku@gmail.com

※提出期限はR2年2月20日とさせていただきます。皆様のご参加をお待ちしております。

出席票

(※部署ごとに取りまとめてご提出いただきますと有り難いです)

ご所属 : _____

【第3回研修会出席希望】

お名前 : _____

【懇親会出席希望】

お名前 : _____

【通信欄】 何かございましたら、ご記入願います。