平成23年度(第7回)愛知県医療ソーシャルワーク学会　居場所～豊かに生きる～

参加申し込み用紙

送信先　名古屋第二赤十字病院　山田　宛　FAX：052-832-5378

案内票なしで送信

日時：平成24年2月25日(土)　時間：10：15～16：30　受付9：30～随時)
会場：名古屋国際会議場

申込種別	□新規(初めてFAXします) □中止(以前にFAXしました)→お問合せ用番号「　　」			
ふりがな			性別	
氏名			男・女	
所属機関(学生の方は大学名)	名称	<お勤めの方は職場名> <学生の方は大学名>	所属ブロック	
	住所	〒＿＿＿－＿＿＿＿ <学生の方はゼミ名　　ゼミ>	ブロック	
	電話		Fax	
参加票 希望送付先	□上記所属機関へFax送信(原則としてこちらでお願いします) □他の所へのFax送信　→送信先は【　　】 □郵送を希望 →郵送先は□上記所属機関 □その他　〒＿＿＿－＿＿＿＿			
参加区分 ○印を記入してください	1.【　　】	2.【　　】	3.【　　】	4.【　　】
	愛知県会員	県外在勤	愛知県非会員	学生
	賛助会員含む 当日申込3500円	各県協会への加入の有無は問いません	県内在勤の非会員 当日申込6000円	学生で賛助会員の方を含みます
	3,000円	3,000円	5,000円	1,000円
託児 (会員のみ) 1人1,000円	お子さんの氏名	生年月日	性別	注意が必要なこと(アレルギー等)
	当日の連絡先(携帯等)：			
その他	ご意見・お問い合わせ等ありましたらご記入下さい			

＊ 申し込みは、案内表等なしでこの用紙のみFAXでお願いします。
＊ 申し込み後、処理が終了次第、参加票をFAXで送信します。7日以内を予定しています。
＊ 参加費は当日の受付でお支払いいただきます。
＊ 申し込みにおける個人情報は厳重に管理し適切に処理いたします。

平成　24　年　1　月　31　日(火)　〆切