

FAX:029-873-5268

送付先：つくば双愛病院 ソーシャルワーカー 木村 いづみ宛

平成29年度 初任者研修会報告会
平成29年度 ソーシャルワーク研修会Ⅳ（研究発表会）
参加申込書

氏名	所属機関名	連絡先	初任者 研修会 報告会	研究 発表会	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

※参加を希望される研修会欄に○をご記入ください。

※初任者研修報告会の参加対象は、茨城県ソーシャルワーカー協会会員のみとなります。

※お申し込みされた方は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。何らかの事情で参加いただけなくなった方は担当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