

FAX 送信票
(添書不要)

送信先 : 023-653-0801

(医療法人社団斗南会 秋野病院 : 木川 行き)

山形県精神保健福祉士協会
令和元年度冬期研修会参加申込書

所属機関 : _____

連絡先 : TEL _____ FAX _____

氏 名	御 職 種

* 講師の先生へのご質問など、自由にご記入ください。
なお、研修内容・時間の都合上、すべての皆様から頂いたご質問への回答がかなわない場合もございますことをご了承ください。

【申込締切】令和元年11月29日(金)必着