　　　　　送信先： 0２３７－５３－０４７６

　　　（相談支援センターりいぶる：土田 行き ）

**山形県精神保健福祉士協会**

**平成2９年度秋期研修会参加申込書**

**所属機関：**

**連 絡 先：TEL**　　 　　　　　　　　　　　　　**FAX**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　名 | 御　職　種 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

＊当日はパネルディスカッション形式の研修です。パネリストへ質問してみたいことなどがあれば、ぜひご記入ください。

＊研修会への質問事項等があれば、ご記入ください。

**【申込締切】平成2９年１１月２０日（月）必着**